



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com  
doença neurodegenerativa em situação crítica**

**Marli Lopo Vitorino**

---

**Lisboa  
2020**





**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com  
doença neurodegenerativa em situação crítica**

**Marli Lopo Vitorino**



**Orientadora: Professora Maria Cândida Durão**



**Lisboa  
2020**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**



“Não te atrevas a dizer que desistes (...)  
Não te atrevas a dizer frases feitas.  
Não te atrevas a não chorar se tiveres vontade para isso (...)  
Não te atrevas a não ir atrás do sonho que te tira o sono.  
Não te atrevas a não acreditar (...)  
Não te atrevas a não tentar ser luz por muito escura que seja a noite.  
A vida há-de atrever-se a surpreender-te.”

(Arrais, s.d.)



## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Cândida Durão,

Pelo apoio, confiança e exigência profissional, por todas as aprendizagens enriquecedoras de carácter pessoal e profissional.

Aos enfermeiros orientadores,

Pela disponibilidade, partilha de conhecimentos, dinamismo, boa disposição e carinho.

Aos professores do 9º Curso de Mestrado de Enfermagem,

Pelas aprendizagens, transmissão de saberes e partilha de experiências.

À Direção e Coordenação dos locais onde trabalho,

Pela compreensão, reconhecimento, confiança e carinho demonstrado.

Aos parceiros deste percurso e aos colegas de trabalho,

Pela força, entusiasmo, coragem e ânimo que me transmitiram.

Aos meus pais e irmão,

Por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida,

Pela paciência, carinho, apoio e amor incondicional.

Ao meu namorado,

Por me incentivar a aceitar o desafio, pela presença, compreensão e amor constante.

Aos meus amigos de coração e família,

Pela força, carinho e ânimo demonstrado ao longo de toda esta jornada.

A Deus,

Pela força interior para aceitar novos desafios e acreditar nas minhas capacidades para concretizar os meus sonhos.

A todos os que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação...

...o meu **MUITO OBRIGADA!**





## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DBS – Deep Brain Stimulation

DGS – Direção Geral de Saúde

DN – Doenças Neurodegenerativas

DP – Doença de Parkinson

EA – Eventos Adversos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – International Council of Nurses

JCI – Joint Commission International

LASA – Look-Alike, Sound-Alike

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PEC – Posto de Estadia Curta

POR – Posto de Observação Rápida

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Serviço de Observação

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VV – Via Verde



## RESUMO

A segurança da pessoa é essencial para a qualidade e efetividade dos cuidados de enfermagem, ao prevenir a ocorrência de danos não intencionais. Face aos contextos de saúde, os de medicina intensiva e urgência acarretam grandes desafios, sobretudo na adequada gestão da medicação, pelo ambiente complexo e multiplicidade de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A inadequada gestão da medicação é uma preocupação para o enfermeiro, dada a sua responsabilidade na gestão de protocolos terapêuticos que visam o controlo de sintomas inerentes à situação crítica e doença crónica, como as Doenças Neurodegenerativas (DN). Sabendo que a principal linha de tratamento das DN é a gestão de sintomas, exige o cumprimento rigoroso da medicação habitual. Quando hospitalizadas, estas podem experienciar o agravamento dos sintomas da DN, pela inadequada gestão da medicação, causando repercussões graves para a pessoa, família, profissionais de saúde e economia nacional.

Assim, a intervenção especializada do enfermeiro na gestão de protocolos terapêuticos complexos, no âmbito da gestão da medicação na pessoa com DN, é crucial para a melhoria dos *outcomes* clínicos positivos, face à experiência de sintomas da pessoa e através da vigilância, identificação e gestão de sinais e sintomas de agravamento, antecipação de problemas e prevenção de complicações.

Com o intuito de desenvolver competências especializadas de enfermagem à PSC, com base na prestação de cuidados sustentada na melhor evidência, raciocínio clínico, reflexão crítica e tomada de decisão, foi elaborado o projeto de estágio, operacionalizado em contexto clínico e refletido neste documento, demonstrando-se os principais contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Este percurso sustentou-se no desenvolvimento de competências definidas pela ESEL para o curso de mestrado na PSC (2010), Lei de Bases do Sistema Educativo (2018), Modelo Dreyfus aplicado à Enfermagem (Benner, 2004) e nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na PSC da Ordem dos Enfermeiros, sustentado nos referenciais teóricos de enfermagem, o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Irvine, Sidani e Hall (1998) e a Teoria da Gestão de Sintomas de Dodd et al. (2001). Os objetivos propostos foram atingidos, facultando aprendizagens que se refletiram na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** doenças neurodegenerativas, demência, doença de Parkinson, gestão da medicação, gestão de sintomas.



## ABSTRACT

The patient's safety is essential for the quality and effectiveness of nursing care, as it prevents the occurrence of unintended damage. In the view of health contexts, the intensive and emergency care have great challenges, especially in the proper medication management, due to the complex environment and multiple care needed.

The inappropriate medication management is a concern for nurses, given their responsibility in the management of therapeutic protocols that aim to control symptoms related to the critical situation and chronic disease, such as Neurodegenerative Diseases (ND). In ND the main line of treatment is symptom management, it requires strict compliance with the usual medication. When hospitalized, they may experience the worsening of symptoms of the ND, due to inadequate medication management, causing serious repercussions for the person, family, health professionals and the national economy.

Thus the nurse's specialized intervention in the management of complex therapeutic protocols, in the context of medication management for the person with ND, is crucial for the improvement of positive clinical outcomes, according the patient's symptoms experience and through surveillance, identification and management of signs, aggravation and anticipation of problems and prevention of complications.

In order to develop specialized nursing skills for the CIP, based on the provision of health care supported on the best scientific evidence, clinical reasoning, critical reflection and decision making, the clinical project was elaborated, applied in a clinical context, and reflected in this document, with the main learnings for personal and professional development.

This path was supported by the development of skills defined by ESEL for the Masters course in CC (2010), the Basic Law of the Educational System (2018), Dreyfus Model applied to Nursing (Benner, 2004) and the common and specific competencies of the specialist nurse in CC of the Portuguese College of Nurses, supported by theoretical nursing references, the Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, Sidani & Hall, 1998) and Symptom Management Theory (Dodd et al., 2001). The proposed objectives have been achieved by providing learning which was reflected in improving the safety and quality of nursing care.

**Key-words:** neurodegenerative diseases, dementia, Parkinson disease, medication management, symptoms control.



## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1. EFETIVIDADE DOS CUIDADOS NA GESTÃO DE SINTOMAS DA PESSOA COM DOENÇA NEURODEGENERATIVA, EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	<b>22</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>39</b>
<b>2.1 Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2 Estágio II: Serviço de Neurologia.....</b>	<b>49</b>
<b>2.3 Estágio III: Serviço de Urgência .....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Idas a campo**

**APÊNDICE II – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura**

**APÊNDICE III – Planeamento dos objetivos e atividades a desenvolver no 3º semestre**

**APÊNDICE IV – Cronograma de atividades do 3º semestre**

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Certificado de participação no simpósio científico: “Doenças Neurodegenerativas: o que nos traz o futuro?”**

**ANEXO II – Certificado de participação nas V Jornadas de Medicina Intensiva**

**ANEXO III – Certificados de participação no Simpósio de Enfermagem em Neurologia**

**ANEXO IV – Certificado de formação profissional do “Curso de  
Farmacovigilância para Profissionais de Saúde”**





## INTRODUÇÃO

Este documento, intitulado como “Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com doença neurodegenerativa em situação crítica”, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Esta UC tem como finalidade o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de qualidade à pessoa e família que experienciam situações críticas de saúde, em contexto de medicina intensiva, nomeadamente nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos<sup>1</sup>.

Com este trabalho pretendo relatar o meu percurso de aprendizagens com vista ao desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo-se no desenvolvimento de competências especializadas, em função da efetividade dos cuidados enfermagem e da segurança da PSC e família.

Este percurso académico pressupõe a análise da pertinência de um tema em estudo, seguido da elaboração de um projeto, contendo objetivos, atividades e estratégias a desenvolver para alcançar as competências de mestre preconizadas pela ESEL (ESEL, 2010), as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019).

A Enfermagem é uma profissão com necessidade constante de atualização e de procura de novos conhecimentos, pela evolução galopante da ciência e tecnologia, o que contribui para uma melhor compreensão da complexidade do cuidar (Silva, 2007). Como tal, cabe ao enfermeiro identificar lacunas de conhecimento impulsionadoras de saberes e práticas que visem a qualidade em saúde (Benner, 2005).

O tema subjacente ao processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem sustentou-se no facto de trabalhar numa instituição diferenciada no cuidar da pessoa com Doença Neurodegenerativa (DN) e, simultaneamente, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo-me deparado que quando esta é admitida no Serviço de Urgência (SU) ou na UCI, se verifica o agravamento dos sintomas da doença crónica, comprometendo a sua autonomia, tal como referem Oguh e Videnovic (2012). Esta inquietação levou-me a aprofundar

---

<sup>1</sup> UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Guia Orientador). ESEL, 2019.

conhecimentos sobre a segurança da pessoa com DN, no âmbito da gestão da medicação, em contexto hospitalar, para controlo dos sintomas da doença crónica.

A segurança da pessoa é um dos pilares básicos que se reflete na qualidade dos cuidados de enfermagem, cujo objetivo é prevenir a ocorrência de danos não intencionais (Fragata, 2011; Direção Geral de Saúde (DGS), 2011). Assim, os enfermeiros estão bem posicionados para prevenir a ocorrência de Eventos Adversos (EA), uma vez que durante a prestação de cuidados estão em constante interação com a pessoa e família, tendo a responsabilidade de promover um ambiente seguro e participar no planeamento, implementação e coordenação de protocolos de segurança para a pessoa e família, com particular ênfase para os grupos de maior vulnerabilidade (Henneman et al., 2010; International Council of Nurses (ICN), 2012).

Face aos contextos de saúde, o de medicina intensiva e urgência têm maior risco de ocorrência de EA, dada a multiplicidade de intervenções (Ackroyd-Stolarz et al., 2011; Costa et al., 2016; Minuzzi, 2016). A OMS estima que 8% a 10% das pessoas que carecem de cuidados intensivos sofrem pelo menos um EA, estando fortemente relacionados com a inadequada gestão da medicação (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Esta realidade requer uma reflexão sobre a responsabilidade do enfermeiro na gestão de protocolos terapêuticos complexos, no sentido de prevenir a ocorrência de EA relacionados com a medicação e gerir os sintomas agudos da PSC, bem como os sintomas de doença crónica, como o caso das DN (Henneman et al., 2010).

As DN são um grupo de doenças neurológicas crónicas, caracterizadas pela destruição progressiva e irreversível de neurónios (Chekani, Bali & Aparasu, 2015). A demência e a doença de Parkinson (DP) são consideradas as DN com maior incidência e o seu tratamento resume-se, sobretudo, ao cumprimento rigoroso da medicação para a gestão dos sintomas (Lang, 2010). Quando hospitalizadas, estas pessoas podem sofrer o agravamento de sintomas da doença, pela descontinuidade ou inadequada gestão da medicação (Oguh & Videnovic, 2012).

A gestão da medicação é um processo complexo e pressupõe não só a prescrição, preparação e administração do medicamento, mas também a prevenção de riscos e a monitorização da resposta terapêutica (Benner, 2005; OE, 2015).

O facto de grande parte dos EA estarem relacionados com a inadequada gestão da medicação, pode colocar a vida da pessoa em risco e ter repercussões graves para si, para a família, profissionais de saúde, instituições e para a reputação económica e de saúde (Despacho nº1400-A/2015, 2015). Assim, o enfermeiro tem uma intervenção importante para a obtenção de *outcomes* clínicos positivos para a pessoa (Irvine,

Sidani & Hall, 1998). Neste seguimento, os referenciais teóricos de Enfermagem que sustentam o enquadramento deste relatório são o *Nursing Role Effectiveness Model*, de Irvine, Sidani e Hall (1998) e a Teoria da Gestão de Sintomas, de Dodd et al. (2001).

Quando a pessoa com DN recorre ao hospital e os sintomas associados à doença crónica não são geridos de forma adequada, podem levar a consequências nefastas para si e para a sua família. Por sua vez, os enfermeiros podem facilitar as experiências de saúde-doença da pessoa e família, através da identificação, avaliação e interpretação de sintomas, com base na experiência de sintoma, intervenções de gestão de sintomas e *outcomes* para a pessoa (Dodd et al., 2001).

A obtenção de *outcomes* positivos está intimamente relacionada com o controlo de sintomas, a ausência de complicações, as capacidades funcionais e de autocuidado, o conhecimento da doença e tratamento, a prevenção de EA e a satisfação da pessoa e família (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Amaral, 2010). Assim, a prestação de cuidados de enfermagem especializada, requer o desenvolvimento de competências específicas, avançadas e de coordenação multidisciplinar que afirme cuidados efetivos, de elevada intensidade e qualidade (ICN, 2009).

Para compreender o desenvolvimento de competências, é importante clarificar o conceito de competência que se traduz em ações dotadas de conhecimentos e recursos provenientes de três dimensões: saber saber, saber ser/estar e saber fazer (Fleury & Fleury, 2001). A competência não se resume a um estado, conhecimento ou *know how*, implica mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades na prática (Fleury & Fleury, 2001).

Dirigindo para as competências de enfermeiro especialista, estas são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4744). De acordo com as competências definidas para o grau de mestre (Decreto-Lei nº65/2018, 2018), o enfermeiro deve mobilizar para a prática clínica os seus conhecimentos e a capacidade de análise, reflexão, compreensão e resolução de problemas, nos diversos contextos multidisciplinares, gerindo situações complexas com base na comunicação eficiente, clara e assertiva. Cuidar da pessoa em PSC requer cuidados de enfermagem especializados, dotados de saberes, mestria e competências técnico-científicas, relacionais e de reflexão crítica para a máxima qualidade e segurança (Locsin, 2013).

Neste sentido, defini como finalidade deste trabalho o desenvolvimento de competências especializadas que visem a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC e família, especialmente nos domínios de gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Sob esta linha de conceção, Benner definiu cinco níveis de competências de Enfermagem, com base no Modelo de aquisição de competências de Dreyfus. Este modelo sugere uma visão renovada da Enfermagem, em que as vias de pesquisa e a procura de conhecimento podem melhorar a formação e a prática de cuidados, articulando a teoria com a *práxis* (Benner, 2004).

Analisando o meu percurso profissional, foram oito anos de experiência, marcados por aprendizagens e partilha de saberes, que me ajudaram, gradualmente, a compreender a situação da pessoa. Este percurso melhorou a tomada de decisão, garantindo uma prestação de cuidados segura, sustentada na evidência e na reflexão sobre as práticas (Benner, 2005). O enfermeiro perito e especialista é aquele que excede a sua prática, exercendo atividades altamente diferenciadas, num domínio específico da profissão (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

Neste seguimento, pretendo desenvolver competências no domínio de gestão de protocolos terapêuticos complexos, tendo por isso definido dois objetivos: desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC e família, no âmbito da gestão da medicação para antecipação de problemas, gestão de sintomas e de situações de evolução rápida; desenvolver competências de administração da medicação na pessoa com DN, em situação crítica, tendo em conta a reconciliação terapêutica na transição de cuidados, para uma adequada gestão de sintomas.

Relativamente à estrutura deste documento, este está organizado em dois capítulos, um destinado ao enquadramento teórico sobre o tema em estudo e o outro relacionado com o percurso de desenvolvimento de competências especializadas. Por fim, apresento as conclusões e implicações para a prática futura.

## **1. EFETIVIDADE DOS CUIDADOS NA GESTÃO DE SINTOMAS DA PESSOA COM DOENÇA NEURODEGENERATIVA, EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

O “cuidar” do outro evoluiu ao longo do tempo e, de um modo genérico, emergiu da ancestralidade remota à condição humana. Contudo, o cuidar em Enfermagem diferencia-se da forma inata de cuidar, sendo relevante clarificar o seu significado (Lopes & Santos, 2010). O cuidar em Enfermagem surgiu da preocupação pela qualidade e segurança da pessoa durante a prestação de cuidados, demonstrada pelo carácter inovador de Florence Nightingale. Nightingale é reconhecida como a pioneira dos cuidados à PSC, na medida em que, durante a Guerra da Crimeia, dispunha estrategicamente os soldados nas enfermarias, consoante o seu grau de gravidade e necessidade de vigilância (Munro, 2010). Ainda que de uma forma incipiente, a sua conceção mantém-se presente na disciplina e na prática de Enfermagem, dado o seu ímpeto pela valorização da segurança. Cuidar traduz-se na prestação de cuidados de enfermagem efetivos, seguros e de qualidade para a obtenção de resultados sensíveis, sob a influência da individualidade da pessoa, características do contexto e intervenções de enfermagem em si, que visam a prevenção de danos e a satisfação da PSC e família (Irvine, Sidani e & Hall, 1998; Dodd et al., 2001).

Assim, entende-se por PSC Os cuidados prestados a estas pessoas tecnicidade e ciência altamente complexa, em que o risco de finitude da vida gera ansiedade para a pessoa, família e para os profissionais de saúde (Ponce, 2002).

Cuidar em enfermagem implicou uma mudança progressiva da sua filosofia e paradigma. Inicialmente, o cuidar centrava-se no paradigma mecanicista, modelo biomédico e pensamento disjuntivo, cuja pessoa era considerada um corpo-objeto, perdendo-se a noção de totalidade enquanto pessoa (Hesbeen, 2000; Guimarães, s.d.; Capra, 1982). Com a evolução da ciência e de abordagens terapêuticas cada vez mais complexas, o paradigma de enfermagem evoluiu, situando-se, atualmente, no da transformação, em que a pessoa é considerada um ser complexo, constituído por partes que interagem entre si e com o todo, sob a influência do meio (Hesbeen, 2000). Deste modo, cuidar pressupõe que o enfermeiro desenvolva competências humanas e técnicas que lhe permitam identificar as necessidades de cuidados imediatas, não menosprezando o historial clínico anterior à situação aguda (Vale, Oliveira & Ribeiro, 2011). A identificação e compreensão da doença crónica, como as Doenças Neurodegenerativas (DN), e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a

pessoa e família são fundamentais na gestão de sintomas, crucial para o seu bem-estar (Dodd et al., 2001).

Ao longo do tempo, tem-se averiguado que a efetividade dos cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com a segurança da pessoa cuidada (Fragata, 2011). No sentido de compreender melhor a temática em estudo e as intervenções de enfermagem especializadas à PSC, teve-se como linha orientadora os pressupostos do modelo *Nursing Role Effectiveness Model*, de Irvine, Sidani e Hall (1998) e da Teoria da Gestão de Sintomas, de Dodd et al. (2001).

O modelo *Nursing Role Effectiveness Model* baseia-se no modelo da qualidade dos cuidados: estrutura, processos e *outcomes*, de Donabedian (Irvine, Sidani & Hall, 1998). De forma sucinta, este modelo parte de uma abordagem centrada na segurança da pessoa e qualidade dos cuidados, tendo como pressupostos: a estrutura, que engloba as características da pessoa, enfermeiro e organização que influenciam a forma de cuidar; o processo, que se foca no desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes relacionadas com a prestação de cuidados; os resultados, que expressam o efeito dos cuidados na gestão de sintomas, prevenção de complicações e satisfação da pessoa (Irvine, Sidani & Hall, 1998).

O modelo *Nursing Role Effectiveness Model* defende que os *outcomes* são influenciados por vários fatores, como as características da pessoa e família, o ambiente, os profissionais de saúde e as intervenções de enfermagem (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Amaral, et al., 2014). A atuação do enfermeiro deve-se centrar no controlo de sintomas, na ausência de complicações, nas capacidades funcionais e de autocuidado, no conhecimento da doença e tratamento, na minimização de riscos e na satisfação da pessoa e família (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Amaral, 2010). De salientar que as intervenções de enfermagem são sustentadas na evidência científica que suporta o julgamento crítico e a tomada de decisão, com vista à obtenção de *outcomes* sensíveis à pessoa (Irvine, Sidani & Hall, 1998, Doran, 2011).

Diante dos *outcomes* sensíveis, destacam-se os clínicos que dizem respeito à gestão de sintomas (Doran, 2011). Assim, os enfermeiros que cuidam da PSC têm uma responsabilidade acrescida de acompanhar e compreender a pessoa, a sua história clínica, os sintomas e desconfortos, o conhecimento e a gravidade da doença, de forma a prestar cuidados seguros e efetivamente centrados nas suas necessidades, características e potenciais (Irvine, Sidani & Hall, 1998). Como refere

Irvine, Sidani e Hall (1998), os *outcomes* positivos devem refletir a segurança da pessoa durante os cuidados, evitando a ocorrência de complicações.

À luz da Teoria da Gestão de Sintomas, os sintomas representam o maior motivo porque as pessoas recorrem às instituições de saúde, sendo a ação do enfermeiro proceder à avaliação e gestão dos mesmos (Dodd et al., 2001).

Quando a pessoa, numa situação crítica, recorre a uma unidade hospitalar e os sintomas associados à doença crónica não são geridos adequadamente, estes podem comprometer a homeostasia do sistema, e causar consequências nefastas para a pessoa e família (Dodd et al., 2001). Importa destacar que a Teoria da Gestão de Sintomas assenta sobre 3 pressupostos: a perceção individual que cada pessoa tem sobre um determinado sintoma; as intervenções de enfermagem podem ser de índole preventiva, no sentido de prevenir a ocorrência de determinados sintomas, ou de gestão quando os mesmos já estão instalados; as pessoas com alterações da comunicação podem experienciar sintomas, sendo a família um recurso na interpretação dos mesmos (Dodd et al., 2001). Como tal, os enfermeiros podem influenciar as experiências de saúde-doença da pessoa e família, sendo elementos facilitadores da avaliação e interpretação de sintomas, tanto da doença crónica como da situação crítica de saúde, com base em três dimensões: experiência de sintoma, intervenções de gestão de sintomas e *outcomes* para a pessoa (Dodd et al., 2001).

Em consonância com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é da responsabilidade e autonomia do enfermeiro analisar e avaliar os sintomas apresentados pela pessoa e definir um plano de cuidados personalizado, que dê resposta às necessidades identificadas, de forma a antecipar o agravamento da situação, promover a sua segurança, prevenir a ocorrência de complicações e restabelecer o seu equilíbrio (OE, 2015). Com base no cuidar centrado na pessoa, a abordagem do enfermeiro não pode ser *standartizada*, pois cada pessoa é um ser único, complexo e constituído por múltiplas dimensões que lhe conferem experiências de sintoma próprias, com uma perceção e significado de carácter individual (Dodd et al., 2001; Hesbeen, 2000). Dodd et al. (2001) definem sintoma enquanto perceção psicossomática, de natureza subjetiva, que advém da resposta a um estímulo nocivo, à qual é atribuído um significado pela pessoa que o experiencia.

A gestão de sintomas reflete-se na melhoria da segurança da pessoa cuidada, que por sua vez, representa um desafio do séc. XXI, repercutindo-se na qualidade dos cuidados. Percebe-se, assim, que a qualidade em saúde se espelha no desejo dos cidadãos se sentirem seguros e confiantes com os cuidados que lhes são prestados,



especialmente com os grupos mais vulneráveis, como as pessoas com DN. Aliás a “qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português” (Despacho nº 5613/2015, 2015, p. 13551).

O conceito de qualidade em saúde foi abordado primeiramente por Nightingale, no séc. XIX, mas a sua primeira definição concisa surgiu em 1960, por Donabedian, alicerçada na tríade clássica do seu modelo – estrutura, processo e *outcomes* (Fragata, 2011). Contudo, só no início do séc. XXI é que a segurança passou a ser reconhecida como parte integrante e indissociável da qualidade em saúde, que se reflete na efetividade dos cuidados, na ausência de complicações e na satisfação das pessoas (Fragata, 2011). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), a segurança consiste na “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (p.14).

Apesar da reconhecida pertinência, o risco de danos relacionado com a segurança continua a ser uma problemática notável na prestação de cuidados (Rigobello et al., 2012). Como tal, tem sido um tema de crescente interesse, dado que a prática de cuidados é cada vez mais exigente e complexa. A ocorrência de danos na saúde pode causar morbi e mortalidade, e sofrimento, impossível de quantificar, para a pessoa e família, como em termos de custos económicos e de recursos adicionais para o sistema de saúde (Rigobello et al., 2012).

A segurança da pessoa além de se tornar uma preocupação de saúde pública, também o é para a profissão de Enfermagem, sendo notável a sua responsabilidade na gestão de protocolos complexos que visem a segurança e qualidade dos cuidados em todas as áreas do cuidar (ICN, 2012). Esta realidade tem motivado entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ICN e a DGS a elaborar normas e estratégias, com intuito de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, através da implementação de medidas financeiramente rentáveis que minimizem a ocorrência de Eventos Adversos (EA) e riscos evitáveis (Despacho nº 5613/2015, 2015).

Entende-se por EA todo o incidente que resulta em danos não intencionais, decorrentes da prestação de cuidados e que não estejam diretamente relacionados com a evolução natural da doença, mas com o tratamento (OMS, 2009).

Os EA de medicação são um tipo específico que abrange todos os danos causados pela utilização de um medicamento (incluindo a sua ausência). Estes classificam-se em dois grupos, os evitáveis – associados à inadequada utilização da

medicação, com potencial prejuízo para a pessoa – e os inevitáveis – relacionados com os efeitos nocivos após a administração de terapêutica (ainda que o seu uso tenha sido apropriado), designando-se por reações adversas (Fragata, 2011).

Segundo a OMS (2008), em todo o mundo, cerca de 10% das pessoas hospitalizadas são alvo de EA provenientes da prestação de cuidados; destes, 65% dos casos estima-se que não provoquem danos à pessoa, porém em 30% evidenciam-se consequências devastadoras, desde o aumento no número de dias de internamento a danos físicos mais graves, inclusive a morte em 5% dos casos (Fragata, 2011). Face à percentagem de EA documentada a nível mundial, constata-se que cerca de metade dos casos são considerados evitáveis (Fragata, 2011).

A realidade de Portugal compactua-se com a mundial quanto à relação entre a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa. Em 2009, foi realizado um estudo sobre a incidência, o impacto e a evitabilidade dos EA em três hospitais públicos na região de Lisboa, e concluiu-se que a taxa de incidência de EA foi de 11,1%, sendo que 5,7% dos casos resultaram em dano, incapacidade ou disfunção permanente e 10,8% em óbito. Mais de metade (53,2%) foram considerados como evitáveis (Sousa et al., 2011). Neste estudo verificou-se que a ocorrência de EA evitáveis prolongou, em média, 10,7 dias de internamento o que, por sua vez, aumentou a sobrecarga dos recursos e os custos do sector público da saúde (Sousa et al., 2011).

No âmbito da segurança dos cuidados nos vários contextos hospitalares, destacam-se o SU e a UCI por serem ambientes complexos onde se cuida da PSC, em que o risco de vida é iminente (Regulamento nº 429/2018, 2018). O facto de serem sectores hospitalares com uma resposta diferenciada, também são mais vulneráveis à ocorrência de EA (Costa et al., 2016; Minuzzi, 2016; Ackroyd-Stolarz et al., 2011).

O SU é considerado um serviço suscetível à ocorrência de EA, devido ao elevado número de pessoas admitidas, à diversidade de situações que necessitam rapidamente de intervenções diagnósticas e terapêuticas de alto risco e ao ambiente de trabalho, caracterizado por ser de difícil gestão de tempo, recursos humanos e materiais (Fordyce et al., 2003; Calder et al., 2010). Alguns estudos evidenciam que 6% a 8,5% das pessoas admitidas no SU sofrem um EA, sendo que em 71% dos casos podem ser evitáveis (Forster et al., 2007; Stang et al., 2013).

Igualmente a UCI é considerada um serviço complexo, dinâmico e exigente, constituído por uma equipa multidisciplinar experiente, com conhecimentos e competências especializadas, que presta cuidados diferenciados, munidos de tecnologia sofisticada (Ministério da Saúde, 2003, Paiva et al., 2017). A complexidade

dos cuidados, o risco de morte iminente, a resposta em situações de emergência e o impacto físico e emocional, nas pessoas, famílias e profissionais de saúde, podem causar *stress* e a ocorrência de EA (Claro et al., 2011; Fragata, 2011).

Estima-se que 8% a 10% das pessoas admitidas na UCI sofrem pelo menos um EA e que, maioritariamente advêm da inadequada gestão da medicação, com impacto significativo na gestão de sintomas (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Esta realidade salienta a necessidade de melhoria da gestão de protocolos terapêuticos complexos, uma vez que os enfermeiros são responsáveis pela prevenção de EA e gestão dos sintomas da PSC, inclusive dos sintomas da doença crónica (Henneman et al., 2010)

Geralmente nas doenças crónicas, como as DN, a primeira linha de tratamento é a gestão rigorosa da medicação, a fim de se obter resultados clínicos positivos para a pessoa, através da gestão de sintomas, antes, durante e após o internamento hospitalar (Stanzione & Tropepi, 2011).

As DN são um grupo de doenças neurológicas, crónicas e degenerativas, caracterizadas pela perda ou destruição progressiva e irreversível dos neurónios, em áreas específicas do cérebro ou da medula espinhal, causando alterações motoras, cognitivas, comportamentais e/ou sociais (Chekani, Bali & Aparasu, 2015).

A morbilidade e mortalidade destas doenças são cada vez mais frequentes a nível mundial, afetando pessoas de todas as faixas etárias, mas com maior prevalência nos idosos (Erkkinen, Kim & Geschwind, 2018).

Existem vários tipos de DN, doença de Huntington, encefalopatia espongiforme transmissível, atrofia espinal muscular, doenças do neurónio motor; contudo, as mais frequentes são as demências e a Doença de Parkinson (DP) (Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research, 2019; Stanzione & Tropepi, 2011).

As demências são caracterizadas pela perda progressiva das capacidades cognitivas, originando alterações da memória, personalidade ou comportamento, períodos de desorientação e confusão, com repercussão no desempenho cognitivo, comportamental, social e na autonomia da pessoa (Cahill, O'Shea & Pierce, 2012). Segundo Cahill, O'Shea e Pierce (2012), a doença de Alzheimer é a mais comum, representando 50 a 60% dos casos com demência diagnosticada.

De acordo com os dados publicados pela OMS (2012), a taxa de incidência mundial de demências tem vindo a aumentar nas últimas décadas, com cerca de 7,7 milhões de novos casos por ano. Estima-se que em 2010 existiam 35,6 milhões de pessoas com demência no mundo e projeta-se que o número duplique para 65,7

milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (OMS, 2012). As demências conduzem a cerca de 11,9% de anos vividos com incapacidade nas pessoas com mais de 60 anos; valor este que se destaca relativamente à taxa de incapacidade das pessoas com Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (9,5%), doenças cardiovasculares (5%) e neoplasias (2,4%) (OMS, 2012). Quanto à epidemiologia portuguesa, existem poucos estudos nesta área. O estudo mais recente foi realizado no norte do país, com base nos censos de 2001, em que salienta que a taxa de prevalência das demências é de 2,7% (Nunes et al., 2010).

Relativamente à DP é uma doença neurológica, caracterizada pela destruição progressiva dos neurónios da substância nigra do mesencéfalo, com consecutiva diminuição da dopamina, afetando essencialmente os movimentos. A depleção dopaminérgica conduz assim, aos quatro sintomas clássicos: bradicinésia, tremor (que aparece em repouso e é mais evidente num dos lados do corpo), rigidez muscular e instabilidade postural (Manning, 2018). Numa fase avançada, podem surgir sintomas não motores como alterações da memória, do sono, do humor, alucinações, disfagia, obstipação, entre outros (Manning, 2018).

A DP é a doença do movimento mais comum e a segunda DN mais frequente no mundo, afetando cerca de 1% da população mundial com mais de 60 anos e 1,6% da população europeia com mais de 65 anos (Lau & Breteler, 2006; Massano, 2011; Manning, 2018). Em Portugal há poucos estudos epidemiológicos sobre a DP. No entanto, Ferreira, Rosa e Coelho (2013) referem que existem cerca de 13 000 pessoas com DP e prevê-se que o número aumente substancialmente, como consequência do envelhecimento, avanço da ciência e da terapêutica farmacológica. Relativamente à sua prevalência é de 0,24% em portugueses com 50 ou mais anos, estimando-se um total de 180 casos por 100 000 habitantes (Ferreira et al., 2017).

Sobre a etiologia destas DN ainda não é conhecida e a fisiopatologia é heterogénea, uma vez que umas causam alterações cognitivas e outras alterações do movimento, coordenação e equilíbrio (Abeliovich & Gitler, 2016; Canter, Penney & Tsai, 2016). Estas têm um impacto notável na vida pessoal, familiar e social, por serem progressivamente incapacitantes, afetando a independência, autonomia e qualidade de vida da pessoa (Kirton et al., 2011; Mendes, 2014).

Tanto para as demências como para a DP, ainda não existem estratégias de tratamento profiláticas ou curativas, sendo a primeira linha de tratamento a gestão de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Lang, 2010).

Os medicamentos para a demência, como os inibidores de colinesterase e a memantina, têm tido resultados positivos, verificando-se a redução da progressão dos sintomas e a preservação das funções cognitivas, especialmente da memória (Stanzione & Tropepi, 2011).

Quanto à DP, a levodopa é o medicamento de eleição na melhoria dos sintomas motores, verificando-se a diminuição da rigidez muscular, bradicinesia, tremor e instabilidade postural (Stanzione & Tropepi, 2011). A levodopa foi o primeiro medicamento eficaz para a DP, por ser um precursor sintético da dopamina que atravessa a barreira hematoencefálica e se converte em dopamina. Contudo, só 1% da levodopa alcança a circulação sanguínea cerebral, sendo a restante descarboxilada noutros órgãos, causando reações adversas como náuseas, vômitos e hipotensão ortostática. Por este motivo, geralmente, a levodopa é combinada com a carbidopa para aumentar a sua biodisponibilidade, o efeito dopaminérgico a nível cerebral e evitar possíveis reações adversas (Jost, 2017). Além da levodopa existem outros fármacos para a DP como amantadina, agonistas dopaminérgicos (apomorfina, ropinirol), inibidores da monoamina oxidase B (selegina, rasagilina) e inibidores da catecol-o-metiltransferase (entacapona) (Massano, 2011).

Com a evolução e complexidade da doença, a medicação vai perdendo a sua eficácia, exigindo a necessidade de ajuste das doses para intervalos próximos, com tomas frequentes e horários rigorosos ao longo do dia (Stanzione & Tropepi, 2011).

Um atraso de 15 minutos na administração pode causar uma dificuldade significativa na gestão dos sintomas, especialmente no aumento da frequência ou duração dos períodos de bloqueio (Kovosi & Freeman, 2011). Estes correspondem aos períodos em que há o reaparecimento dos sintomas da DP, como o tremor, a lentificação motora, a rigidez muscular, as alterações da marcha, aumentando o risco de queda (Lobo, 2019). Neste sentido, é necessário cumprir rigorosamente a medicação, para prevenir o agravamento dos sintomas da doença, seja no domicílio ou numa situação de admissão num SU e/ou que motive o internamento hospitalar.

Os principais motivos por que as pessoas com DP recorrem ao hospital são as pneumonias de aspiração, as infeções do trato urinário e as quedas (Arasalingam & Clarke, 2014; Low et al., 2015). Já as pessoas com demência tendem a recorrer pelos mesmos motivos, mas também por desidratação, desorientação e alterações do comportamento (Nourhashémi et al., 2001; Natalwala et al., 2008). Quando hospitalizadas, estas podem enfrentar desafios que causam agravamento dos sintomas da doença crónica, provenientes da descontinuidade ou inadequada gestão

da medicação, quedas, alterações do estado mental e infecções (Oguh & Videnovic, 2012). Além da interrupção da medicação, principalmente, na pessoa com demência, os fatores ambientais poderão ter impacto no seu comportamento e orientação, seja pela mudança de ambiente e rotinas, pelos ruídos e iluminação permanente ou por ser cuidada por profissionais de saúde que não conhece (Carpenter & Platts-Mills, 2013). Na pessoa com DP, a ausência da terapêutica dopaminérgica, a administração de medicamentos antagonistas ou a interferência da situação aguda com a biodisponibilidade terapêutica podem agravar os sintomas, exigindo medidas alternativas de tratamento (Onofri & Thomas, 2005).

Quando a DN é diagnosticada previamente ao internamento, é importante perceber a história da doença e o seu tratamento, seja através da informação obtida pela pessoa e família ou pelo neurologista de seguimento. Estas fontes de referência são fundamentais para facilitar a avaliação neurológica e despistar os sintomas associados à doença crónica (Freeman et al., 2007). Assim, a integração da família é indispensável para a evolução clínica da pessoa, lembrando que o conceito de família se tornou abrangente, flexível e mutável, e que vai para além dos vínculos sanguíneos ou afetos. A família é quem a pessoa diz ser, independentemente dos vínculos estabelecidos (Phipps, 2009).

Na perspetiva da família, quando a pessoa é hospitalizada, esta vivencia sentimentos de preocupação, angústia e medo pela condição de vulnerabilidade extrema da pessoa, mas também pela perda de papéis, requerendo readaptação de todos os elementos que a constituem. Desta forma, a família assume a dualidade de papéis enquanto parceira e alvo no cuidar (Vieira, 2017; OE, 2015; Gomes, 2013).

Entende-se por parceria de cuidados o conjunto de sinergias estabelecidas entre o enfermeiro, pessoa e família, com base na partilha de experiências, negociação, capacitação e respeito pela autonomia, em que todos os intervenientes trabalham para o mesmo fim (Gomes, 2013). Este processo desafia os enfermeiros a desenvolverem intervenções centradas na complexidade da pessoa e família, influenciando de forma positiva o processo saúde-doença (Gomes, 2013). Neste sentido, o enfermeiro é responsável por gerir protocolos terapêuticos complexos, partindo por conhecer a pessoa, o motivo que a trouxe ao hospital, a história da doença crónica, os conhecimentos da pessoa e família sobre a doença e a medicação habitual, reconhecer precocemente o agravamento dos sintomas e, em última instância, evitar a ocorrência de complicações e readmissões hospitalares.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos é um dos domínios de competências de enfermagem, na medida em que os enfermeiros são responsáveis pela segurança e vigilância das respostas terapêuticas da pessoa ao tratamento farmacológico (Benner, 2005). Por sua vez, a gestão da medicação é um processo complexo que visa o uso racional e seguro do medicamento, desde a seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, validação, dispensa, preparação, administração, monitorização da reposta terapêutica e educação (Aronson, 2009; DGS, 2015a). Reflete um conjunto de intervenções de envolvimento multidisciplinar, em prol de um objetivo comum: prestar cuidados de qualidade e com efetividade, na maior segurança possível (Vianna et al., 2004).

De acordo com a DGS (2015a), os EA podem surgir ao longo de todo o processo de gestão da medicação, embora sejam mais frequentes na prescrição, preparação e administração da terapêutica. Este facto acarreta consequências graves não só para a pessoa como para a família, profissionais de saúde, instituições e até para a reputação económica e dos sistemas de saúde nacionais (Fragata, 2011; Despacho nº1400-A/2015, 2015). Assim, a gestão da medicação obedece a especificidades e responsabilidades que devem ser assumidas por todos os intervenientes envolvidos. Apesar da gestão da medicação ser um processo interdependente, os enfermeiros têm grande autonomia na gestão de sintomas, através da validação da prescrição, preparação, administração e monitorização da resposta terapêutica, de acordo com os princípios de segurança e de boas práticas (Irvine, Sidani & Hall, 1998). A decisão de administrar os medicamentos, deve ser sustentada em conhecimentos científicos coadjuvados à experiência que suportam a ação do enfermeiro (OE, 2017).

A administração da terapêutica pressupõe não só a preparação e administração da medicação, mas também a prevenção de riscos, toxicidade e EA e a monitorização (Benner, 2005). A monitorização corresponde à avaliação da resposta terapêutica, notificação de reações adversas ou reações inesperadas ao tratamento farmacológico e registo de eventuais EA, em que o enfermeiro tem uma intervenção importante para a obtenção dos *outcomes* clínicos positivos para a pessoa (Otero et al., 2002; Irvine, Sidani & Hall, 1998). De acordo com o artigo 9º, nº 4, alínea e) do REPE, os enfermeiros

“procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo em situações de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (OE, 2015, p.103).

A administração segura da medicação acarreta intervenções de enfermagem com impacto direto nos resultados da pessoa e família, quer de carácter físico, psicológico, funcional ou da sua segurança e satisfação (Irvine, Sidani e Hall, 1998).

De acordo com o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, há estudos que revelam que o risco de ocorrerem EA é dez vezes maior nas instituições que não investem em práticas seguras (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Assim, a preocupação com a necessidade de mudança é emergente, sendo a reformulação das prioridades dos sistemas de saúde crucial para uma prestação de cuidados segura.

A abordagem promotora de uma adequada gestão da medicação centra-se na elaboração de recomendações e estratégias com impacto na segurança da pessoa cuidada, através do uso racional e seguro da medicação, redução da ocorrência de EA e mudança de comportamentos da pessoa, profissionais de saúde e instituições (DGS, 2015a; Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Neste seguimento, prestar cuidados de enfermagem efetivos e seguros implica o respeito por vários princípios inerentes à reconciliação e gestão da medicação. A reconciliação terapêutica é um processo de análise de medicação, comparando os medicamentos que a pessoa necessita com a medicação que toma habitualmente (The Joint Commission, 2006; DGS 2016; Aronson, 2017). É recomendado que seja realizada no prazo máximo de 24 horas, após a admissão da pessoa na instituição, na transição de cuidados e aquando alterações da medicação, evitando omissões, sobredosagens e interações medicamentosas (The Joint Commission, 2006; DGS, 2016). Num estudo realizado por Rozich et al. (2004), estimou-se que 40% dos EA de medicação resultaram da inadequada reconciliação terapêutica durante a transição de cuidados, sendo que em 20% dos casos ocorreram danos para a pessoa.

Na UCI, a reconciliação terapêutica é vista pelos profissionais de saúde como uma estratégia centrada na pessoa, indispensável para a sua segurança e para a prevenção do agravamento de sintomas associados à doença crónica. Este processo é realizado pela equipa médica, todavia, cabe ao enfermeiro perceber se a lista da medicação habitual está completa (incluindo o uso de produtos biológicos: suplementos alimentares, produtos naturais, homeopáticos, fitoterapêuticos) e avaliar os conhecimentos que a pessoa e família têm sobre a situação clínica, tratamento farmacológico da doença crónica e reações adversas (DGS, 2016). Desta forma, há autores que aconselham que a pessoa e família devem ser incluídas neste processo, reforçando a importância da relação de parceria entre o enfermeiro, pessoa e família



(Kipps et al., 2005). Contudo, esta relação implica uma dualidade de papéis. Caso a pessoa preserve a sua autonomia, a parceria converge na construção de um trabalho conjunto, privilegiando a ação da pessoa em cuidar de si. Quando a pessoa apresenta alterações cognitivas ou limitações físicas que comprometam a gestão da medicação, a intervenção do enfermeiro centra-se em assegurar o cuidado à pessoa e capacitar a família para adquirir capacidades para o fazer (Gomes, 2013).

Para minimizar a ocorrência de EA relacionados com a reconciliação terapêutica, a DGS (2015a) destaca a responsabilidade de todos os intervenientes envolvidos, no sentido de promoverem a adequada reconciliação terapêutica nos momentos de admissão, transferência intra e extra-hospitalar e no momento de alta clínica.

Para promover a segurança na gestão da medicação, foram adicionados quatro aos cinco certos inerentes à gestão da medicação: pessoa certa, prescrição certa, medicamento certo, preparação certa, via de administração certa, forma farmacêutica certa, dose certa, horário certo, resposta terapêutica com registo certo (Elliott & Liu, 2010). Apesar de os nove certos não garantirem que os EA não ocorram, cumpri-los adequadamente contribuirá para a melhoria da segurança no uso da medicação (Elliott & Liu, 2010). Assim, as instituições e profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem adotar práticas terapêuticas para o uso seguro da medicação; proceder à confirmação da existência de alergias; garantir um ambiente seguro, desprovido de distrações, conversas paralelas ou ruídos; validar os procedimentos inerentes à prescrição, preparação e administração terapêutica; validar as indicações orais apenas em situações emergentes; monitorizar e registar a resposta terapêutica; notificar os EA nas bases disponíveis; realizar auditorias internas (DGS, 2015a).

De salientar que medicamentos com nome ortográfico, fonética e/ou aspeto semelhante são consideradas de entre as principais causas da ocorrência de EA de medicação. Neste sentido, a DGS (2014) elaborou uma norma sobre os medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA), para promover a implementação de práticas seguras. Os medicamentos com ortografia ou aspeto semelhante são designados por *look-alike*, e os que têm nomes foneticamente semelhantes são conhecidos por *sound-alike*. As semelhanças fonéticas, ortográficas ou visuais da medicação podem influenciar a memória a curto prazo e alterar a perceção visual e auditiva do profissional de saúde, conduzindo a maior risco de incidentes e EA (Godinho, Correia & Martins, 2018). Um em cada quatro EA de medicação está relacionado com a utilização de medicamentos LASA (The Joint Commission, Joint Commission International (JCI) e OMS, 2007a). Dada esta realidade, foram criadas

estratégias para reduzir este risco, como sejam a utilização de *tall-man lettering*<sup>2</sup>, codificação por cores, prescrição eletrónica, alteração do aspeto das embalagens e sistema de código de barras. As duas primeiras são consideradas as melhores soluções para a prática clínica (Godinho, Correia & Martins, 2018). A identificação dos medicamentos com recurso a letras maiúsculas e negrito melhoram a capacidade de diferenciação dos medicamentos LASA. Relativamente ao sistema de codificação por cores, Filiatrault (2009) defende que pode não ser tão eficaz, pelo elevado número de medicamentos semelhantes para as cores existentes e por não ser eficaz para os profissionais com daltonismo.

Neste seguimento, gerir adequadamente protocolos terapêuticos complexos requer não só o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos por parte do enfermeiro, para evitar a ocorrência de EA de medicação, mas também a inclusão das variáveis da pessoa (gravidade e complexidade da situação crítica, idade, gestão de sintomas, comorbilidades, recursos) e das variáveis organizacionais (condições de distribuição e armazenamento da medicação, sistemas de prescrição, excesso de trabalho, tempo de experiência profissional e insatisfação profissional) (Irvine, Sidani e Hall, 1998). Como tal, a obtenção de *outcomes* positivos para a pessoa e família pressupõe-se o envolvimento das mesmas, enquanto sujeitos ativos e informados, e dos profissionais de saúde como corresponsáveis e promotores da reconciliação terapêutica (DGS, 2015a; Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Como já foi referido, a gestão da medicação é um dos elementos-chave para o controlo dos sintomas, traduzindo na obtenção de resultados positivos para a pessoa. No entanto, a gestão da medicação na pessoa com DP pode ser desafiadora aquando internamento hospitalar, devido à complexidade do regime terapêutico, com administrações frequentes ao longo do dia, uma vez que a levodopa tem uma semi-vida curta (Oguh & Videnovic, 2012). Assim, o horário da medicação, embora crucial para o controlo eficaz dos sintomas, constata-se um desafio no contexto hospitalar, no sentido de gerir os cuidados centrados na pessoa, em função da adequada gestão de sintomas e do cumprimento rigoroso da medicação habitual. Este, frequentemente, é substituído por horários pré-estabelecidos pela organização dos cuidados de acordo com a rotina hospitalar, causando agravamento dos sintomas, aumento dos dias de

---

<sup>2</sup> *Tall-man lettering* consiste na inserção de letras maiúsculas na denominação ortográfica de medicamentos com características semelhantes (Godinho, Correia & Martins, 2018).

internamento e risco de outras complicações (Oguh & Videnovic, 2012; Donizak & McCabe, 2017).

Com base nos resultados obtidos da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada em junho 2019, cujo objetivo foi identificar as intervenções de enfermagem de administração da medicação na pessoa com DN internada num contexto hospitalar, concluiu-se que a ocorrência de EA relacionados com a medicação é frequente quando a pessoa com DP é internada. Na maioria dos estudos analisados constatou-se que as pessoas com DP internadas no hospital sofrem omissões, interrupções ou incoerências na gestão da medicação habitual em mais de 50% dos casos, como as administrações precoces ou tardias e as interações medicamentosas (Magdalinou, Martin & Kessel, 2007; Oguh & Videnovic, 2012; Hou et al., 2012). Concluiu-se, também, que o incumprimento do horário da medicação pode aumentar a morbilidade e reduzir a qualidade do atendimento hospitalar.

A interrupção abrupta da medicação para a DP pode causar consequências graves e até fatais para a pessoa, e pode ser evitada com a aquisição de conhecimentos específicos sobre a adequada gestão da medicação e vias alternativas de administração, quando a via oral se encontra limitada, e com o desenvolvimento de competências específicas para gerir situações complexas (Freeman et al., 2007).

Nem todas as pessoas têm a capacidade para deglutir os medicamentos, apesar da via oral ser a via de eleição para a administração da maioria dos medicamentos para a DP (Freeman et al., 2007). A interferência da doença aguda com a biodisponibilidade terapêutica pode agravar os sintomas, exigindo outras alternativas como a via entérica ou gástrica (Onofrj & Thomas, 2005; Freeman et al., 2007). A motilidade gastrointestinal alterada tem implicações farmacocinéticas na levodopa, que é absorvida sobretudo no duodeno. Assim, os comprimidos de libertação imediata de levodopa-carbidopa podem ser esmagados e administrados por via entérica ou gástrica (Nyholm & Aquilonius, 2004). Para promover a absorção intestinal, podem ser administrados juntamente com ácido ascórbico ou sumo de laranja (INFARMED, 2018a). Contudo, os comprimidos de libertação prolongada não podem ser esmagados, bem como algumas cápsulas de levodopa-benserazide, de forma a preservar as suas características de libertação prolongada (INFARMED, 2018b).

A apomorfina, via subcutânea, ou a rotigotina, via transdérmica, são alternativas que poderão estar indicadas, em situações de jejum prolongado para a realização de procedimentos médicos, exames complementares de diagnóstico, intervenções cirúrgicas ou em estádios de doença avançada, com disfagia grave, risco de aspiração

ou de estase gástrica, com motilidade e absorção intestinal comprometida (Micieli et al., 2003). A apomorfina é um potente agonista do recetor de dopamina e pode ser administrada como terapêutica de resgate para diminuir a rigidez muscular. De salientar como principais reações adversas as náuseas e vômitos (Julius & Longfellow, 2016). A rotigotina é um agonista de dopamina, administrada via transdérmica, a cada 24 horas e indicada em situações em que a via oral está comprometida ou quando há agravamento súbito dos sintomas motores (Watts et al., 2007). A administração de dopamina endovenosa não é recomendada para a gestão dos sintomas, dado o elevado risco cardiovascular (Freeman et al., 2007). Nas situações em que há necessidade de ajuste da via de administração, é recomendada a avaliação do neurologista para garantir a conversão adequada do tratamento alternativo. No caso da pessoa com DP em situação cirúrgica é recomendado a realização das cirurgias o mais cedo possível, administrando a medicação antiparkinsoniana de acordo com o esquema terapêutico habitual, com uma pequena quantidade de água, no pré e no pós-operatório imediato. As pessoas com maior tempo de interrupção da medicação podem ter agravamento da rigidez, disfagia, agitação e alucinações e comprometer os benefícios cirúrgicos (Fagerlund, Anderson & Gurvich, 2013).

Outro fator que pode agravar os sintomas são as interações e contraindicações medicamentosas. Um dos objetivos da levodopa é aumentar a disponibilidade da dopamina; em contrapartida, as reações adversas são frequentes, optando-se pela combinação levodopa/carbidopa. No entanto, quando tomada concomitantemente com medicamentos antihipertensores ou selegina pode agravar a hipotensão ortostática (Julius & Longfellow, 2016).

Também é de salientar a interação da levodopa com as proteínas, pelo facto desta ser absorvida no duodeno, através da sua ligação com os aminoácidos; porém, as proteínas obtidas pelos alimentos competem pela sua absorção (Julius & Longfellow, 2016). A levodopa quando ingerida durante as refeições é claramente menos absorvida. Recomenda-se, por isso, que seja administrada antes ou depois das refeições e evitada com a ingestão simultânea de suplementos hiperproteicos (Julius & Longfellow, 2016).

De acordo com os resultados da RIL, salienta-se o uso de medicamentos contraindicados que agravam os sintomas da DP, como os neurolépticos e antieméticos (Hou et al., 2012). A metoclopramida, haloperidol, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e não seletivos da monoaminoxidase B estão

contraindicados com a co-utilização de selegilina, rasagilina ou levodopa-carbidopa (Anderson & Fagerlund, 2013). Damásio e Carvalho (2011) complementam que a utilização de neurolépticos, antieméticos, antagonistas de canais de cálcio centrais e antidepressivos, pode agravar os sintomas da doença crônica, causando reações extrapiramidais (tremor em repouso, rigidez, alteração da marcha, bradicinesia e sialorreia). No contexto cirúrgico, as interações medicamentosas também são recorrentes, os anticolinérgicos causam confusão e os opióides potenciam o risco de confusão, psicose, obstipação e depressão respiratória (Hou et al., 2012).

Além das recomendações na gestão da medicação na DP, também há que ter precaução no uso de medicamentos no tratamento das demências (Cunha et al., 2008; Mohammad et al., 2017). Os medicamentos considerados de primeira linha são os inibidores da colinesterase: donepezilo, galantamina e rivastigmina (Mohammad et al., 2017). Embora com propriedades farmacológicas distintas, estes medicamentos inibem a degradação da acetilcolina, através da sua ligação com a enzima acetilcolinesterase, preservando as funções cognitivas como a memória (Cunha et al., 2008). Como principais reações adversas podem provocar náuseas, vômitos, dispepsia, anorexia, diarreia e dor abdominal, dependendo da dose do medicamento instituída (Cunha et al., 2008). Uma alternativa à administração da rivastigmina oral, é a via transdérmica, que segundo a evidência científica, é mais bem tolerada pela pessoa (Cunha et al., 2008; Mohammad et al., 2017). Estudos comprovaram que a rivastigmina por via transdérmica é mais conveniente, em situações de intolerância à via oral, pois tem uma menor taxa de reações adversas relacionadas com o sistema gastrointestinal, com maior preferência e satisfação por parte da pessoa e família, e menor impacto das atividades de vida diária (Grossberg, Xiangyi & Olin, 2011).

De salientar que os antipsicóticos, como o haloperidol, devem ser o último recurso para a gestão de sintomas psico-comportamentais, pois aumentam o risco de eventos cerebrovasculares e a taxa de mortalidade (Lee & Beer, 2016). Lee e Beer (2016) recomendam medidas mais seguras na gestão de sintomas como o reconhecimento de fatores precipitantes (dor, obstipação, infeção) e o uso de antipsicóticos atípicos, como a clozapina ou a quetiapina. A presença da família também pode facilitar a prestação de cuidados, na minimização dos níveis de ansiedade da pessoa, na melhoria da comunicação entre a pessoa e a equipa de cuidados e na administração de terapêutica (Carpenter & Platts-Mills, 2013).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DN, em situação crítica é, assim, complexa. O enfermeiro além de contribuir para a implementação de

protocolos complexos, vigilância e manutenção das funções vitais, prevenção de complicações e EA, facilita ou inibe a satisfação das necessidades de autocuidado e a eficácia dos processos de adaptação. Através da gestão precoce de sintomas, promove a obtenção de *outcomes* positivos, em função da segurança, qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Dodd et al., 2001). Para tal, o enfermeiro deve promover a integração da família em todo o processo de cuidados, por ser um elemento de ligação entre a pessoa e os profissionais de saúde. Conhecer as necessidades reais e potenciais da pessoa e família é essencial no exercício de enfermagem, sendo a resposta adequada às suas necessidades (Mendes, 2016).

De acordo com as conclusões da RIL, a formação é imprescindível para que os enfermeiros adquiram os conhecimentos essenciais sobre a gestão da medicação, por forma a evitar atrasos, omissões ou sobredosagens e prestar cuidados seguros, efetivos e de qualidade (Chenoweth et al., 2013).

Com base na evidência científica, existem necessidades de formação que se destacam na prática clínica dos enfermeiros, como: o conhecimento sobre a complexidade da DN e respetivo tratamento, gestão de sintomas, reconciliação terapêutica, estratégias de gestão da medicação, interações e contraindicações medicamentosas (Chenoweth et al., 2013; Fagerlund, Anderson & Gurvich, 2013). Deste modo, a implementação de programas de formação tem impacto direto na atualização de conhecimentos, melhoria da efetividade dos cuidados e segurança da pessoa, no âmbito da gestão da medicação (Donizak & McCabe, 2017).

Em suma, é importante definir estratégias que visem a adequada gestão dos sintomas da pessoa com DN, refletindo-se no aumento da qualidade dos cuidados e satisfação dos profissionais, da pessoa e família, através da comunicação eficaz entre equipa; reconciliação terapêutica precoce, aquando admissão da pessoa com DN; validação da prescrição e administração dos medicamentos conforme o horário habitual de domicílio; realização de formação aos profissionais de saúde; elaboração de diretrizes de gestão da medicação; utilização de sistemas de alerta para informar a equipa de enfermagem dos medicamentos a administrar fora dos horários padronizados (Kovosi & Freeman, 2011; Hou et al., 2012; Donizak & McCabe, 2017).

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM**

Neste capítulo será analisado o processo de competências especializadas de enfermagem desenvolvido ao longo do percurso académico, desde o planeamento do projeto à sua concretização em contexto de estágio. A metodologia regeu-se pelo planeamento de intervenções centradas na resolução de um problema real, suportadas na prática baseada na evidência (Ruivo et al., 2010).

O projeto de estágio iniciou-se pela identificação de um problema. A justificação do tema em estudo motivou a realização de uma revisão bibliográfica e de uma colheita de dados provenientes da prática clínica. Como tal, procedeu-se ao mapeamento das idas a campo (Apêndice I), seguido de visita aos serviços hospitalares e potenciais campos de estágio, para observação das práticas de enfermagem e realização de entrevistas informais a peritos na área (Apêndice II). As idas a campo e o contacto com os peritos trouxeram contributos que ajudaram a refletir sobre questões relacionadas com a segurança da pessoa com DN, no âmbito da gestão da medicação. Para compreender e justificar o enquadramento teórico, realizou-se uma RIL, cujo objetivo foi identificar as intervenções de enfermagem de administração da medicação na pessoa com DN, internada num contexto hospitalar (ver protocolo da RIL no Apêndice III).

O planeamento e a concretização destas atividades foram indispensáveis para preparar o percurso de aprendizagens a desenvolver em cada contexto de estágio, através da definição da finalidade, objetivos, seleção dos campos de estágios e atividades a desenvolver. Fundamentado o tema, estabeleceu-se uma finalidade: o desenvolvimento de competências especializadas que visem a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC e família, especialmente nos domínios de gestão de protocolos terapêuticos complexos. E definiram-se como objetivos: desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC e família, no âmbito da gestão da medicação para antecipação de problemas, gestão de sintomas e de situações de evolução rápida; desenvolver competências de administração da medicação na pessoa com DN, em situação crítica, tendo em conta a reconciliação terapêutica na transição de cuidados, para uma adequada gestão de sintomas.

Para atingir os objetivos, os contextos de estágio foram considerados como oportunidades para articular os saberes teórico-práticos na prestação de cuidados, transformando as aprendizagens em competências especializadas de enfermagem

(Ruivo et al., 2010). Assim sendo, o estágio foi realizado em três contextos distintos: o primeiro na UCI do maior hospital privado do país, acreditada em qualidade, segurança e boas práticas clínicas na PSC; o segundo no serviço de Neurologia, de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa, por ser especializado no cuidar na pessoa com DN; e o terceiro no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital da periferia de Lisboa, legitimado em práticas clínicas distintas.

Os objetivos e atividades foram ajustados às características de cada realidade e discutidos com a professora e enfermeiros orientadores, para otimizar o desenvolvimento de competências (Apêndice IV). A duração dos estágios foi estimada segundo as necessidades formativas e a probabilidade de cuidar de pessoas com DN (Apêndice V). Como refere Marcelo (2009), o desenvolvimento profissional é

um processo individual e colectivo (...) que contribui para o desenvolvimento das suas competências profissionais, através de experiências de índole diferente, tanto formais como informais. (...) um processo a longo prazo, no qual se integram diferentes tipos de oportunidades e experiências, planificadas sistematicamente para promover o crescimento e desenvolvimento (p.7).

## 2.1 Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos

O primeiro estágio decorreu entre 30 de setembro e 22 de novembro de 2019, na UCI do maior hospital do sector privado do país, com duração de 200 horas de contacto, cujo intuito foi desenvolver competências de mestre e especializadas na área da PSC.

Esta instituição foi acreditada pela JCI, em 2008, na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Segundo o enfermeiro coordenador da UCI, a acreditação envolveu um processo árduo de melhoria das práticas, através da progressiva adaptação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e implementação de protocolos que promovam a efetividade da segurança da pessoa.

A UCI é polivalente, tem uma lotação de 8 camas dispostas em *boxes* individuais, com equipamentos de monitorização não invasiva e invasiva; estas estão capacitadas para admitir a PSC do foro médico e cirúrgico, destacando-se a forte intervenção cirúrgica cardíaca e neurológica.

Para desenvolver as competências específicas de enfermagem na área da PSC, no âmbito do **cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência multiorgânica**, este percurso de aprendizagem iniciou-se pela revisão bibliográfica sobre conteúdos relacionados com os processos fisiopatológicos das situações experienciadas pelas pessoas admitidas na UCI e sobre as



intervenções de enfermagem para dar resposta às suas necessidades. A experiência profissional anterior facilitou a integração no contexto, reconhecendo que este estágio surgiu como espaço de oportunidade para refletir sobre as práticas, adquirir novos saberes, conhecer outras realidades e partilhar conhecimentos e experiências, que muitas vezes, na prática profissional, não se tem a oportunidade de o fazer.

Ao longo do estágio houve a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC, com particular destaque para as situações de cirurgia cardíaca e neurocirurgia. A receptividade para a aprendizagem e o apoio do enfermeiro orientador e restante equipa foram fatores determinantes que facilitaram o processo de aprendizagem. Outras estratégias adotadas ao longo do estágio foram a partilha de experiências, reflexão sobre as práticas e desenvolvimento de uma visão ampla na identificação precoce de sinais e sintomas de agravamento, antecipação de problemas e identificação de situações de evolução rápida. Segundo Benner (2005), as competências no domínio de diagnóstico e vigilância da pessoa, as capacidades de identificação imediata de problemas e a compreensão intuitiva na antecipação de situações de agravamento, antes da manifestação de sinais clínicos evidentes, são essenciais na enfermagem e na prestação de cuidados à PSC.

A colaboração em modalidades terapêuticas avançadas de cuidados à PSC e a realização de procedimentos específicos, como as técnicas de substituição da função renal, oxigenoterapia de alto fluxo e a assistência na realização de procedimentos médicos, permitiram desenvolver conhecimentos técnico-científicos complexos nestas áreas. A prestação de cuidados à PSC do foro cardíaco, neurológico e com necessidade de ventilação mecânica invasiva, também implicou a aquisição e mobilização de conhecimentos avançados, de competências técnicas e comunicação eficaz. Mais do que a competência técnica, estas experiências foram cruciais na melhoria das bases de conhecimento e julgamento clínico e na capacidade de agir em situações complexas. É esperado que o enfermeiro sustente a sua prática na melhor evidência disponível, para fundamentar a sua tomada de decisão e prevenir a ocorrência de complicações (Regulamento nº 140/2019, 2019). Como refere Tanner (2006), a prestação de cuidados requer o desenvolvimento de reflexão crítica, capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão compartilhada, com base na situação complexa da pessoa, que é submetida a procedimentos invasivos, sob condições hemodinamicamente instáveis, e na presença da família.

Destaco a situação particular de uma mulher, com 29 anos, admitida na UCI com diagnóstico inaugural de esclerose múltipla, submetida ao segundo ciclo de

plasmaferese. Segundo Pinheiro (2019), nas pessoas com surto inaugural ou grave de esclerose múltipla, sem resposta ao tratamento convencional com corticóides, pode-se optar pela realização de plasmaferese, continuando à *posteriori* com prednisolona oral. Pela depuração não seletiva dos elementos do plasma e consequente risco de choque hipovolêmico, a pessoa necessita de vigilância hemodinâmica contínua e reposição de fluídos com plasma ou albumina (Pinheiro, 2019). Esta técnica desconhecida, por mim, surgiu como oportunidade para compreender os cuidados de enfermagem inerentes. Foi essencial perceber se a pessoa estava informada sobre as características, riscos e benefícios do tratamento, vigiar sinais e sintomas de alerta, prevenir a ocorrência de EA (como infecção, hemorragia no local de inserção de cateter, hipotensão durante a técnica, hipotermia, febre), demonstrar disponibilidade, esclarecer dúvidas, promover a expressão de sentimentos e incluir a presença da família em todo o processo e segundo a vontade da pessoa (Pinheiro, 2019).

Outra situação significativa relaciona-se com a comunicação durante a prestação de cuidados à PSC do foro cardíaco, na presença da família. Destaco a situação de um homem, com 67 anos, admitido na UCI por paragem cardiorespiratória após síncope, relacionada com *shunt* auriculoventricular. A experiência prolongada na UCI, o medo do desconhecido e a influência de vários fatores ambientais (*stress*, alarmes, ruídos, equipamentos) contribuíram para o impacto negativo no descanso, sono e conforto da pessoa, potenciando a insónia, o humor deprimido, a ansiedade e a sensação de medo da pessoa e família. Mediante a situação, foi essencial controlar alguns fatores de *stress*, especialmente os ambientais, ajustar os limites e volume dos alarmes e demonstrar disponibilidade para desmitificámos os medos, esclarecer as dúvidas, clarificar o plano terapêutico e identificar recursos significativos que lhe proporcionassem tranquilidade.

Essas situações realçaram a importância de desenvolver um olhar e atitude de enfermagem avançada, que vai para lá do espetável, da rotina *standartizada*, da monitorização de parâmetros vitais e da vigilância de sinais de alerta (Ashworth, 1990). É necessário transformar o cuidar de enfermagem num cuidar complexo, que se centra em conhecer e integrar a pessoa e família na gestão adequada dos sintomas que experienciam, tanto na situação crítica atual como na doença crónica (Sidani, 2011). Esta realidade mobiliza não só conhecimentos teórico-práticos da profissão, como atitudes e competências relacionais para conhecer o sistema, as suas necessidades, crenças, dúvidas e medos (Hesbeen, 2000; Mendes, 2016).

Uma das principais dificuldades sentidas relacionou-se com os horários de visita que foram um verdadeiro desafio, no sentido de ter a presença constante da família durante a prestação de cuidados. Porém, foi enriquecedor reconhecer esses momentos como oportunidades para conhecer a família enquanto recurso de informação, apoio, significado para a pessoa e como parceira de cuidados. Não obstante de considerar a família como recurso, também deve ser vista como alvo de cuidados, uma vez que quando a pessoa é hospitalizada, sobretudo numa UCI, a família vive sentimentos de angústia, ansiedade, medo e *stress*, pela vulnerabilidade da pessoa, risco de alteração ou perda no desempenho de papéis e adaptação inevitável da dinâmica familiar (Mendes, 2016).

De forma progressiva, as aprendizagens foram consolidadas e transladadas para a prática, assentes nos modelos teóricos selecionados e na prática reflexiva, possibilitando o desenvolvimento de competências para uma melhor compreensão global da situação. Para a efetiva prestação de cuidados de enfermagem é necessário integrar os vários intervenientes envolvidos no cuidar, com base na individualidade da pessoa e família, características do ambiente e dos profissionais e a objetividade das intervenções de enfermagem (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Amaral, et al., 2014).

Uma outra competência a salientar no percurso de aprendizagens refere-se à **capacidade de liderança, visão estratégica, gestão de prioridades e tomada de decisão**, face às características da equipa, UCI e necessidades da PSC e família. Além do acolhimento da equipa de enfermagem e multiprofissional ter sido facilitador na integração, foi importante o contacto com o enfermeiro orientador para conhecer as suas funções de supervisão clínica, mas também no desempenho de funções de enfermeiro especialista e de chefe de equipa. De fato, é necessário desenvolver capacidades e competências de gestão e supervisão, para que o enfermeiro se sinta disponível para se concentrar no processo de aprendizagem do estudante e, simultaneamente, concilie a gestão dos recursos inerentes à UCI, a resolução de problemas e a prestação de cuidados à PSC e família. Neste sentido, é fundamental compreender como os estudantes e os enfermeiros vivem a sua emocionalidade na relação do cuidar, como gerem as suas emoções mantendo a qualidade dos cuidados, utilizando estratégias de empatia, compreensão e respeito (Diogo & Rodrigues, 2012).

Através da observação direta e do contacto com o enfermeiro orientador, compreendi a necessidade de desenvolver processos de liderança, tomada de decisão, visão estratégica, bem como a capacidade de gestão de prioridades. Além de priorizar e gerir os recursos humanos, de acordo com a gravidade, complexidade

e antecipação de problemas, também assume a capacidade de gestão de recursos materiais, tecnológicos e terapêuticos, estabelece contacto com outros profissionais face às necessidades do serviço, articula com a equipa, gerindo e agilizando as transferências em função da necessidade de admissão da PSC, e modera situações de conflito entre pares, pessoa e família, através de uma postura assertiva e da comunicação eficaz. A comunicação eficaz na equipa integra a partilha de informação e *feedback*, que devem ser consideradas na análise das situações, planeamento, tomada de decisão, coordenação de equipas e gestão de *stress*, facilitando a adoção de comportamentos assertivos e seguros (Flin, O'Connor & Crichton, 2008).

No que concerne às competências sobre a **prática profissional com respeito pelos direitos da PSC e família, responsabilidade profissional, normas legais e princípios éticos e deontológicos**, o início do estágio incluiu uma sessão de acolhimento, onde foram abordados temas relevantes como: os aspetos ético-legais, o respeito pelos princípios éticos, privacidade e dignidade humana, os direitos e deveres da pessoa e profissionais de saúde, a responsabilidade civil pela proteção dos dados e a apresentação do sistema informático, tendo em conta o acesso à informação sobre a pessoa cuidada e o sigilo profissional. Esta formação foi essencial para relembrar diversos conteúdos ético-legais a ter em conta na prática clínica.

Na conduta profissional, os aspetos éticos e deontológicos foram respeitados com base nos princípios do Código Deontológico e do REPE, especialmente na moderação de situações de dilemas éticos entre a necessidade de determinados cuidados e o confronto com crenças pessoais e culturais. Destaco uma situação vivida durante o estágio desta índole que se remeteu para a prestação de cuidados a uma pessoa testemunha de Jeová, com diretiva antecipada de vontade para não lhe serem administrados hemoderivados, ainda que a sua ausência pudesse colocar a vida em risco. Na realidade, durante a sua permanência na UCI não houve necessidade de confrontar e analisar de forma ativa este dilema ético, contudo houve o cuidado da informação ser transmitida aos elementos da equipa, inclusive aquando transição de cuidados para outro serviço. Face aos dilemas éticos, compete ao enfermeiro compreender a legitimidade da vontade ou recusa da pessoa, em prol do respeito pela dignidade humana, crenças e valores (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). A dignidade está diretamente relacionada com a autonomia e liberdade de escolha de cada pessoa, assumindo a responsabilidade pelas escolhas realizadas. Todavia, o enfermeiro deve esclarecer, de forma assertiva, os riscos implícitos da sua decisão e refletir sobre os tratamentos alternativos para colmatar as necessidades da pessoa,

caso seja da sua vontade (Nunes, 2011). Fazer escolhas éticas e morais não é fácil, ainda que se respeite os princípios éticos na prestação de cuidados, porém quanto melhor se estiver informado sobre a avaliação das circunstâncias e atento à necessidade de justificação das suas ações, mais "éticas" elas serão (Carper, 1978).

No âmbito das competências do enfermeiro especialista, no que respeita à **gestão da relação interpessoal com base em técnicas de comunicação eficaz e transmissão de informação durante a transição de cuidados**, importa referir que, além da consulta das normas de procedimentos, protocolos e recomendações inerentes às dotações seguras instituídas pela JCI, foi importante conhecer os sistemas de informação utilizados para efeitos de registos de enfermagem. Na UCI, existe dois sistemas informáticos dado que não sincronizam toda a informação clínica num só. Um é específico da UCI e destina-se aos registos de monitorização de parâmetros hemodinâmicos e contabilização do balanço hídrico, o outro contém toda a informação clínica da pessoa, desde a admissão no atendimento permanente à alta hospitalar, sendo transversal a todos os serviços. Apesar da tentativa de padronização dos registos, através da interseção de dados de ambos os sistemas, esta não foi possível, implicando a inserção manual de registos, como o da contagem no balanço hídrico. Esta realidade pode enviesar a interpretação de dados sobre o estado clínico da pessoa, sobretudo ao nível de entradas e saída de fluídos, interferindo na avaliação das necessidades orgânicas reais da pessoa.

Como sistema de transmissão de informação clínica, a equipa de enfermagem utiliza a metodologia ISBAR. Esta é uma técnica de uniformização da comunicação em saúde reconhecida por promover a segurança da pessoa, nos momentos de transição de cuidados (DGS, 2017). Foi importante aprofundar conhecimentos sobre esta natureza para melhorar as práticas futuras, conhecer a norma e refletir sobre a sua aplicabilidade. De facto, esta técnica ajuda a estruturar o raciocínio e a informação a transmitir para a continuidade dos cuidados, através de uma comunicação eficaz (DGS, 2017). A evidência científica refere que a principal causa de EA na saúde, a nível internacional, resume-se à inadequada comunicação entre os profissionais de saúde, em situações de transição de cuidados, representando 70% desses eventos (The Joint Commission, JCI e OMS, 2007b; DGS, 2017). Neste sentido, para promover a segurança da pessoa cuidada, esta técnica deve ser aplicada “em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos” (DGS, 2017, p.1).

Outra competência desenvolvida refere-se à **melhoria da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação e**

**necessidades da PSC.** Das várias medidas de prevenção e controlo de infeção praticadas diariamente, salienta-se a que teve maior relevância no meu processo de aprendizagem, dado que me permitiu compreender e cumprir criteriosamente os feixes de intervenção de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), preconizados pela DGS (2015b). Apesar do conhecimento das intervenções de enfermagem sobre a Prevenção da PAI, pela experiência no contexto profissional, foi enriquecedor explorar e refletir sobre o motivo da sua implementação e o impacto na segurança da pessoa ventilada quando corretamente praticada.

No âmbito das competências de grau de mestre e específicas de enfermagem relacionadas com **a prestação de cuidados especializados à PSC e família, com base na mobilização de conhecimentos para a adequada gestão da medicação, resolução de problemas, identificação de sinais e sintomas de agravamento e deteção precoce de situações de evolução rápida**, estas foram desenvolvidas com maior significado, uma vez que a UCI é reconhecida como padrão de referência na qualidade de boas práticas clínicas e na efetividade da segurança da pessoa cuidada, no âmbito da gestão da medicação.

Os enfermeiros, pela sua proximidade e prestação direta de cuidados à pessoa e família, são responsáveis pela segurança dos cuidados, iniciando-se pela correta identificação da pessoa internada (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Como tal, para uma administração segura da medicação, o enfermeiro deve, primeiramente, validar a identificação da pessoa pelo seu nome, data de nascimento ou número do processo clínico), perguntando à pessoa ou confirmando na sua pulseira de identificação.

Acontece que estas pulseiras se danificam com frequência, implicando que o enfermeiro tenha o cuidado de proceder à sua substituição, caso os dados não sejam legíveis ou haja extravio. Se a pessoa não apresentar a pulseira de identificação, quebra-se a primeira medida de segurança, podendo causar incidentes e EA nefastos para a pessoa. Para minimizar a ocorrência de complicações, é importante incentivar a notificação de incidentes e EA, através das bases de dados disponíveis para o efeito. Segundo a evidência científica e a análise de um estudo realizado na UCI, concluiu-se que existe uma fraca adesão à notificação de EA. Esta realidade motivou a elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a importância de se implementarem medidas promotoras da notificação de incidentes e EA, com impacto direto na segurança da pessoa cuidada. Essas medidas passam pelo compromisso da instituição com os profissionais de saúde na adoção de uma cultura de segurança saudável, não punitiva, mas impulsionadora de aprendizagens, desenvolvimento de

competências individuais e coletivas, de crescimento e mudança de comportamentos e atitudes, incitada por um plano formativo que invista na importância da notificação de incidentes e EA, de forma a promover a adesão dos profissionais a protocolos e diretrizes inerentes (DGS, 2012; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015; Siman, Cunha & Brito, 2017). Também é crucial definir um processo de análise de dados notificados, um mecanismo de *feedback* e comunicação de resultados e momentos de reflexão coletiva para estabelecimento de mudanças positivas, reconhecidas e aceites pelos profissionais (DGS, 2012; Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019).

Para compreender melhor o processo de notificação de incidentes e EA, em benefício da segurança da pessoa aquando utilização do medicamento, procedeu-se a uma visita ao Gabinete de Gestão do Risco, com intuito de compreender o percurso desde a identificação e notificação do incidente ou EA, pelo profissional de saúde, à análise e intervenção da equipa de Gestão do Risco. Como referiu o enfermeiro perito na área, e em consonância com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, aumentar a segurança na utilização da medicação está relacionado com a melhoria da cultura de segurança, notificação, análise e prevenção de incidentes e EA (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Em função da segurança da pessoa, é emergente investir na cultura de segurança, através da conceção de uma filosofia partilhada de valores, atitudes, objetivos comuns, entre a instituição e os profissionais de saúde.

Durante a visita ao Gabinete de Gestão de Risco, o enfermeiro referiu que a segurança na gestão da medicação é uma das áreas mais importantes a nível de intervenção, dado o elevado número de EA que ocorrem anualmente e a fraca adesão à notificação. Mediante a problemática, elaborou-se um projeto de intervenção formativa, dirigido aos enfermeiros, no sentido de desenvolver conhecimentos específicos sobre a segurança na gestão da medicação e, conseqüente, melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este documento foi estruturado com um breve enquadramento teórico, diagnóstico de necessidades, finalidade e objetivos, metodologia formativa, avaliação, programa e monitorização.

Dado o especial enfoque na segurança da gestão da medicação e o interesse demonstrado pela equipa de enfermagem, foi-me proposto a concretização de uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre o tema em estudo. Uma vez que é um tema vasto, procurou-se ir ao encontro das situações refletidas e necessidades identificadas, abordando os conteúdos: gestão da medicação e responsabilidade profissional, reconciliação terapêutica, cultura de segurança, precauções básicas na

gestão da medicação, notificação de incidentes e EA, monitorização de práticas seguras e implicações para a prática futura.

Com a realização destas atividades, desenvolvi competências especializadas e de mestre, no sentido em que **baseei a *praxis* clínica especializada em evidência científica** e desempenhei um **papel dinamizador na participação de projetos e desenvolvimento de iniciativas formativas**.

É indispensável que o enfermeiro sustente a sua *praxis* em conhecimentos sólidos, atuais e baseados na evidência e na reflexão crítica, de forma a questionar as práticas, identificar problemas, procurar soluções e melhorar a sua intervenção. Assim sendo, a participação em eventos formativos foi frequente, como no simpósio científico: “Doenças Neurodegenerativas: o que nos traz o futuro?” (Anexo I). Este evento foi relevante para consolidar conhecimentos sobre as DN e refletir na abordagem multidisciplinar centrada na gestão de sintomas e no cuidar sem despersonificar a identidade da pessoa. A necessidade de aprofundar conhecimentos face às experiências vivenciadas no estágio, incentivou-me a participar, também, nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva, para melhorar as práticas sob uma visão de enfermagem avançada (Anexo II).

Refletindo no contributo do enfermeiro mestre e especialista para a melhoria das práticas, há que investir na formação contínua, tanto na produção, atualização e consolidação de conhecimentos, como na sua divulgação, através da formação de pares e partilha de saberes e experiências (Regulamento nº 140/2019, 2019). Dado o ímpeto pela formação e translação de conhecimentos para a prática, procedeu-se à divulgação dos resultados da RIL, com recurso à apresentação de um *poster* no Simpósio de Enfermagem em Neurologia, em Coimbra (Anexo III).

Em suma, este estágio possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e competências de enfermagem avançada, através da concretização das atividades propostas e da vivência de experiências que se transformaram em aprendizagens significativas. Corroborado por diversos autores (Hesbeen, 2000; Irvine, Sidani & Hall, 1998), cuidar é complexo; para cuidar é necessário: conhecer a pessoa e família e integrá-las como sujeitos ativos no processo de cuidar; conhecer não significa apenas saber o motivo porque é admitida, pressupõe identificar as suas necessidades, potenciais e recursos de suporte; compreender que cada pessoa vive situações únicas, repletas de significados; promover a obtenção de *outcomes* positivos para a pessoa, através da gestão de sintomas e ausência de complicações.



## **2.2 Estágio II: Serviço de Neurologia**

O segundo estágio decorreu no Serviço de Neurologia, de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa, entre 25 de novembro e 20 de dezembro, com a duração de 100 horas de contacto, cujo objetivo foi desenvolver competências de enfermagem avançada, mestre e enfermeiro especialista, no âmbito do cuidar da pessoa com DN.

O Serviço de Neurologia é constituído pelo internamento, com 26 camas: 13 atribuídas à especialidade de neurologia geral e as restantes à neurologia vascular. Das 26 vagas, destacam-se 3 quartos individuais – um reservado para a realização de estudos do sono e de epilepsia, ao cuidado do laboratório de eletroencefalograma, a Unidade de AVC e uma enfermaria de cuidados especiais, ambas com 4 camas e equipamentos de monitorização hemodinâmica contínua, direcionadas para pessoas que carecem de maior vigilância e cuidados especializados de enfermagem.

Quanto às patologias mais frequentes do foro de neurologia geral são: epilepsia, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, síndrome de Stiff Person, síndrome de Guillain Barré, demências e DP. De destacar o acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia de Estimulação Cerebral Profunda (DBS), no contexto de DP e distonias juvenis. Do foro de neurologia vascular, as situações habituais são: AVCs, aneurismas cerebrais e situações pós angiografia ou embolização.

Este estágio permitiu refletir sobre as práticas de enfermagem, adquirir conhecimentos sobre a pessoa com doença neurológica, especialmente com as DN em estudo, conhecer outras perspetivas, inclusive métodos de trabalho e estratégias de gestão de cuidados e compreender a globalidade da situação de cuidados nas vertentes da pessoa, família e equipa.

As experiências neste contexto foram muito ricas em novas aprendizagens, confrontando-me com uma realidade totalmente diferente, em desempenhar funções num serviço de internamento comparativamente com uma UCI, surgindo uma série de desafios, tanto na gestão de recursos humanos e materiais, como na coordenação e priorização de cuidados a um elevado número de pessoas, com necessidades e características distintas. Este desafio ainda se tornou maior, alocado ao facto de existirem outros departamentos dependentes da gestão de enfermagem, como o hospital de dia, a consulta externa e a colaboração em procedimentos clínicos.

Se por um lado, no contexto de medicina intensiva, é esperado que o enfermeiro possua uma formação altamente especializada e atualizada, face à complexidade dos cuidados e à tecnologia avançada, para dar uma resposta global e integrada à PSC (OE, 2018). Por outro, no Serviço de Neurologia, o enfermeiro atua sobre inúmeras

particularidades no cuidar da pessoa com doença neurológica, exigindo a aquisição de saberes e competências específicas para uma prestação de cuidados humanizada (Marcelo et al., 2014). Dodd et al. (2001) referem que o enfermeiro deve intervir antes da instalação dos sintomas, estar atento às necessidades da pessoa e família e prevenir a ocorrência de complicações durante o internamento, a “falta de controlo na gestão de sintomas acarreta consequências devastadoras para a pessoa, família e sistema de saúde” (Sidani, 2011, p. 135)<sup>3</sup>.

Mediante as competências do enfermeiro especialista que **adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados**, o facto de ter sido orientada pela enfermeira coordenadora foi uma mais valia para compreender o impacto dos processos de liderança e gestão na efetividade dos cuidados de enfermagem. A observação direta, colaboração e partilha de experiências ajudaram a refletir sobre a sua responsabilidade na gestão do serviço e na utilização de estratégias de comunicação eficaz, através de assertividade, motivação e estabelecimento de confiança com a equipa. Logo, foi importante compreender que a comunicação eficaz e liderança são pilares fundamentais para uma equipa competente, em que as perspetivas de cada elemento devem ser respeitadas e consideradas na elaboração do plano de trabalho (McFarlane, 2015). Das situações vividas realço a discussão da enfermeira coordenadora com a equipa sobre o planeamento da prestação de cuidados no turno (como admissões, transferências e realização de exames complementares de diagnósticos previstos); a distribuição de utentes pelos enfermeiros, segundo as competências desenvolvidas ou especializadas de enfermagem, as necessidades específicas e carga horária de cuidados estimada por pessoa; a discussão do plano terapêutico em reunião multidisciplinar, onde são discutidas as necessidades de cada pessoa e família e acionados os recursos disponíveis de caráter médico, de enfermagem, nutricional, psicológico, familiar, social e comunitário; a realização de momentos de educação para a saúde de forma a preparar a pessoa e família para a alta hospitalar, mediante as necessidades que apresentem, como por exemplo, vigilância de sinais e sintomas de agravamento da DN, precauções no carregamento do neuroestimulador ou na administração de apomorfina por uma bomba infusora.

---

<sup>3</sup> “The consequences of uncontrolled symptoms are devastating to the patients, their families, and the healthcare system” (Sidani, 2011, p.135).

Durante este percurso de aprendizagens também realço o desenvolvimento progressivo de capacidades de planeamento, coordenação dos cuidados e tomada de decisão, com base na gestão de prioridades. Além da gestão dos recursos humanos, o enfermeiro de prática avançada deve saber gerir os equipamentos e recursos terapêuticos; estabelecer relação com a restante equipa multidisciplinar, face às necessidades da pessoa e família; planear, articular e gerir precocemente os cuidados com a equipa, promovendo a autonomia da pessoa, através de processos formativos e integrativos da família. É esperado que um líder em enfermagem formule visões criativas e estratégias de planeamento, orientação, coordenação e concretização dos objetivos, aceites pela equipa, integrando a pessoa e família (McFarlane, 2015).

A consulta de normas e protocolos, a observação direta e a prestação de cuidados, ajudou a compreender a dinâmica e particularidades do serviço, os métodos de trabalho praticados e a melhorar a capacidade de **gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de cuidados**.

O método de gestão de cuidados que a equipa de enfermagem assumia era o método responsável, mas dada a escassez de recursos humanos face à complexidade das necessidades e número de pessoas internadas, geriam, frequentemente, os cuidados sob o método por tarefa. Inicialmente foi muito difícil habituar-me a este método, receando o comprometimento da segurança da pessoa, por sentir que os cuidados poderiam ser, de certa forma, despersonalizados ou desintegrados. Contudo, este receio e necessidade de adaptação representou uma nova aprendizagem, motivando a reflexão através de um jornal de aprendizagem, onde é relatado uma situação sobre o impacto do método de trabalho na qualidade de cuidados, segurança e *outcomes* clínicos positivos para pessoa cuidada. A situação remeteu-se para o caso de uma pessoa admitida na Unidade de AVC, com síndrome de *locked-in* após um AVC vertebrobasilar, com código de comunicação previamente estabelecido e ajustado às suas capacidades e nível de compreensão. Esta situação ajudou-me a refletir sobre a necessidade não só de conhecer a pessoa, mas também de planear atempadamente os cuidados, gerir prioridades e antecipar a instalação de problemas, mediante uma gestão de cuidados de visão ampla do serviço, que muitas vezes necessita de ser ajustada pelas necessidades organizacionais e circunstâncias súbitas que possam surgir, como a mudança de método de trabalho. Estas mudanças podem acarretar desafios na promoção da segurança e qualidade dos cuidados, exigindo uma coordenação flexível e comunicação eficaz entre pares, de forma a transmitir todas as intercorrências inerentes aos cuidados.

A seleção do método de trabalho de gestão de cuidados é influenciada por diversos fatores, como as dotações seguras da prática clínica, a estrutura e dinâmica do serviço, as necessidades das pessoas, as competências técnico-científicas da equipa, a abordagem no processo de cuidar e os fundamentos metaparadigmáticos de enfermagem (Costa, 2004). Por sua vez, o tipo de método de trabalho utilizado pelos enfermeiros está intimamente ligado com a efetividade, segurança e qualidade dos cuidados (Irvine, Sidani e Hall, 1998).

Todavia, esta dificuldade de gestão de cuidados centrada no método de trabalho foi superada, através de pesquisas bibliográficas, discussão de metodologias de trabalho com a equipa, partilha de experiências, planeamento efetivo dos cuidados e antecipação de problemas, comunicação eficaz e transmissão de informação.

O facto de o serviço ser constituído por uma equipa de enfermagem recetiva à partilha de experiências e à melhoria contínua das práticas, incentivou-me a colaborar em atividades do serviço que potenciasssem a capacidade de **desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**, para **dar resposta em situações de emergência e situações de exceção**, no âmbito da segurança no transporte da PSC. Como tal, procedeu-se à realização da norma de procedimento da mala de emergência de transporte intra e inter-hospitalar. A elaboração desta norma prendeu-se com o facto de se efetuarem transportes com frequência, seja de tipologia intra como inter-hospitalar, e não existir a mala de transporte com aplicabilidade adequada, em função da segurança da pessoa.

O transporte da pessoa cuidada deve ser um processo refletido na relação risco-benefício, justificando-se a sua realização, quando existe necessidade de realizar tratamentos específicos, exames complementares de diagnóstico que não estejam disponíveis no serviço ou instituição e, ainda, aquando transferência para outro serviço ou unidade de saúde (Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008). Na necessidade de transporte, este é considerado um momento de alto risco para a pessoa, sendo essencial garantir que o suporte de funções vitais é mantido a nível semelhante de segurança e qualidade de cuidados ao que é ministrado no serviço de origem (Pedreira et al., 2014).

A decisão do transporte é da responsabilidade médica, suportada por princípios ético-legais, como o respeito pelo princípio da beneficência, e na justificação da necessidade do transporte (OM & SPCI, 2008). Porém, no planeamento e efetivação do transporte, a responsabilidade compete ao médico, equipa de enfermagem e à

equipa que efetua o transporte, devendo assegurar condições logísticas e humanas para manter os padrões de qualidade dos cuidados (OM & SPCI, 2008).

O transporte da pessoa por si só acarreta riscos tanto para a pessoa como para os profissionais envolvidos. Por este motivo, há que proceder à decisão, planeamento e efetivação do transporte, através da instituição de medidas de boas práticas, de segurança e qualidade, com o menor risco de complicações (OM & SPCI, 2008).

A maioria dos incidentes relacionados com o transporte da pessoa pode ser evitada através de um planeamento adequado, envolvendo a coordenação da equipa, comunicação eficaz, estabilização da pessoa, previsão e antecipação de problemas, constituição da equipa e material necessário, tipo de transporte e documentação clínica que acompanha a pessoa (OM & SPCI, 2008; Fragata, 2011). Assim, os enfermeiros, com níveis elevados de competência, devem avaliar os riscos, antecipar as complicações e prevenir a ocorrência de EA durante o transporte, com base na avaliação da situação e estratificação dos riscos associados (Benner, 2005). Com vista à promoção da segurança da pessoa, foi essencial uniformizar as práticas e procedimentos relacionados com o transporte da PSC, através da constituição da mala de emergência, definição da norma, apresentação e discussão com a equipa.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de melhorar e **garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, garantindo um ambiente seguro e terapêutico**, na prestação de cuidados à pessoa com DN e família, salientando o acompanhamento peri-operatório de uma pessoa com DP submetida a cirurgia de DBS. Esta situação foi enriquecedora, motivando a realização de um estudo de caso. Tratou-se de um estudo de um caso, com recurso ao processo de enfermagem, suportado pelo referencial teórico do Modelo da Efetividade de Enfermagem, de Irvine, Sidani e Hall (1998), e a Teoria da Gestão de Sintomas, de Dodd et al. (2001).

Relativamente à situação em si, foi uma experiência interessante porque pude acompanhar a evolução clínica da pessoa, desde o pré-operatório imediato ao pós-operatório e preparação da alta hospitalar para o domicílio. Esta situação foi marcada por momentos de ansiedade manifestada pela pessoa, associado à alteração da imagem corporal, défice de conhecimentos relacionado com a cirurgia e medo do desconhecido. A ansiedade tem um impacto nefasto para a pessoa no peri-operatório, podendo causar alterações cognitivas, dificuldade na tomada de decisão, perceção e concentração e à ocorrência de complicações, como hipertensão arterial, taquicardia, dificuldade na gestão da dor e risco de hemorragia (Bedaso & Ayalew, 2019).

A gestão de sintomas da pessoa cuidada pode comprometer a experiência saúde-doença, quando vivenciada com altos níveis de *stress*, gravidade e sofrimento, podendo agravar a situação aguda ou de uma condição crónica (Dodd et al., 2001; Sidani, 2011). Por este motivo, a gestão de sintomas deve iniciar-se pela avaliação completa e minuciosa da pessoa, para se definir as intervenções mais apropriadas e avaliar a sua eficácia (Sidani, 2011). Para evitar complicações que possam despoletar um *cluster* de sintomas<sup>4</sup>, sobretudo em estadios avançados de DN, o enfermeiro deve conhecer a pessoa e família, avaliar a situação, global, identificar as redes de apoio familiar, social e espiritual significativas para a pessoa, desconstruir mitos e minimizar os medos (Dodd, Miaskowski & Lee, 2004; Sidani, 2011).

Esta e outras situações, fizeram-me refletir sobre a importância de se investir na segurança da pessoa, na qual o enfermeiro tem grande responsabilidade na obtenção de *outcomes* seguros, através de medidas de prevenção de complicações, inclusive na preparação da pessoa para uma cirurgia (Irvine, Sidani e Hall, 1998).

A segurança da pessoa submetida a cirurgia eletiva começa antes da sua admissão hospitalar. É essencial iniciar a preparação física e psicológica antes do pré-operatório imediato, integrando a consulta de enfermagem pré-operatória mediata como oportunidade para a pessoa e família exporem as suas preocupações e medos, reduzindo a ansiedade e o risco de complicações (Silva & Alvim, 2010; Costa Junior et al., 2012). Vale, Oliveira e Ribeiro (2011) afirmam que confiança nos enfermeiros e a segurança dos cuidados são fatores que influenciam direta e favoravelmente o relaxamento e colaboração da pessoa no intra-operatório. Assim sendo, uniformizar as práticas de enfermagem para reduzir os riscos inerentes à cirurgia, foi uma opinião consensual entre mim e a equipa de enfermagem, e, no seguimento do estudo de caso, elaborou-se um fluxograma com as principais intervenções de enfermagem na preparação da pessoa submetida a cirurgia de DBS.

A possibilidade de acompanhar uma pessoa no intraoperatório, também foi uma atividade relevante para compreender a intervenção do enfermeiro na promoção da segurança dos cuidados cirúrgicos e do conforto da pessoa submetida a uma cirurgia enquanto está acordada. Nesta experiência, foi importante conhecer as funções distintas dos de cada enfermeiro, no âmbito da comunicação com a pessoa e atendimento às suas necessidades; cuidados inerentes às condições ideais da sala

---

<sup>4</sup> *Cluster* de sintomas – três ou mais sintomas simultâneos relacionados entre si (Dodd, Miaskowski & Lee, 2004).

(temperatura, iluminação, ruídos, controlo de fluxo de pessoas); cuidados de monitorização e controlo da temperatura, com alvo para a normotermia, de forma a não agravar os sintomas (tremor) e desconforto da pessoa; avaliação e controlo da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas, através da otimização do posicionamento); monitorização hemodinâmica contínua; prevenção de úlceras por pressão; medidas de prevenção e controlo de infeção, com áreas restritas à circulação da enfermeira instrumentista e dos neurocirurgiões.

A pessoa submetida a este tipo de cirurgia realiza o pós-operatório imediato na UCI Neurocríticos para vigilância hemodinâmica e monitorização de complicações pós-operatórias imediatas e, após 24-48 horas, regressa ao serviço de Neurologia. Nesta fase, a intervenção do enfermeiro centra-se em promover a autonomia da pessoa, instruir, treinar e supervisionar o seu desempenho funcional no autocuidado e validar os conhecimentos adquiridos (Vale, Oliveira & Ribeiro, 2011).

A preparação da alta hospitalar deve ser iniciada precocemente, através da identificação das necessidades e dos recursos disponíveis, de forma a minimizar o impacto da doença na vida da pessoa e família (Vale, Oliveira & Ribeiro, 2011). O enfermeiro deve preparar a transição para a alta, através da educação para a saúde sobre a gestão de sintomas, cuidados a ter com a manipulação, carregamento do neuroestimulador e interferências com equipamentos eletromagnéticos, realização de exames complementares de diagnóstico e cirurgias (Vale, Oliveira & Ribeiro, 2011). Além disso, é importante dar tempo e espaço para a pessoa e família exporem as suas dúvidas e desconstruir os mitos sobre esta modalidade terapêutica, contribuindo assim para a adequada gestão dos sintomas e melhoria dos *outcomes* em saúde, durante o internamento e após alta hospitalar (Dodd et al., 2001).

Além da DBS existem outras estratégias terapêuticas avançadas que tive oportunidade de conhecer que melhoram a qualidade de vida da pessoa com DP, como a utilização de bombas de infusão de apomorfina. Foi importante conhecer outras vias de administração da medicação para além da convencional (oral), tendo em conta a relação risco-benefício e probabilidade de ocorrência de EA. Contudo, o recurso à competência tecnológica nos contextos de cuidados não deve ser desprovido do humanismo (Ashworth, 1990; Locsin & Purnell, 2007). Segundo Locsin (2013), o cuidar assenta nas capacidades intencionais e autênticas do enfermeiro que atua em contextos que exigem conhecimentos e competências altamente tecnológicos, como o uso de terapêuticas avançadas. A utilização de novas tecnologias pela pessoa e família pode causar medo e ansiedade; no entanto, a

presença e atitude do enfermeiro deve minimizar esses sentimentos, através da sua autenticidade, intuição e partilha de conhecimentos e experiências, permitindo que a pessoa compreenda a importância dos recursos tecnológicos para o seu bem-estar (Ashworth, 1990). Assim, a tecnologia complementa a intervenção do enfermeiro, fornecendo informações sobre os sintomas, sobretudo nas pessoas que não o conseguem verbalizar, através da atribuição de significado aos sinais provenientes da observação e monitorização hemodinâmica (Dodd et al., 2001).

Outras estratégias de melhoria da segurança da pessoa no âmbito da gestão da medicação, menos tecnológicas, mas simples e práticas são a utilização de tabelas com o esquema atual de medicação, com orientações específicas para uma gestão da medicação o mais segura possível, especialmente nos casos de polimedicação.

Durante o estágio pude constatar que a polimedicação é frequente. Segundo a literatura, documenta-se que “82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p.3882-5). A polimedicação é uma realidade atual, devido às comorbilidades relacionadas com a doença crónica, representando, simultaneamente, um problema de saúde pública, pelo risco acrescido de complicações provenientes da inadequada gestão da medicação. Com base nesta realidade e com intuito de melhorar a reconciliação terapêutica e a segurança da pessoa na gestão da medicação no domicílio, procedeu-se a elaboração de um diário da medicação após alta hospitalar. Tem um formato em folheto informativo, de rápido preenchimento, pelo enfermeiro, com os dados da pessoa e o esquema de medicação, segundo a prescrição descrita na nota de alta clínica. O documento contém orientações básicas de segurança na gestão da medicação no domicílio e recomenda-se que a pessoa se faça acompanhar pelo mesmo sempre que recorra a uma instituição de saúde.

Além das atividades e situações mencionadas, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com doenças neurológicas com as quais não estava tão familiarizada como os casos de síndrome de *Guillain Barré* e de *Stiff Person*. Mais do que conhecer a fisiopatologia, o desafio foi intersectar os conhecimentos científicos com a individualidade de cada pessoa e adotar a melhor atitude e estratégias terapêuticas para uma prestação de cuidados segurança, efetiva e de qualidade.

Com a realização destas atividades, continuei a desenvolver competências especializadas, baseando **a *praxis* clínica especializada em evidência científica, através do conhecimento e capacidade de compreensão** de cada situação de cuidados e pela necessidade constante de formação. Neste sentido, realizei o curso



de “Farmacovigilância para profissionais de saúde” para aprofundar conhecimentos sobre aspetos relacionados com a segurança dos medicamentos, sobre os sistemas de farmacovigilância e a deteção, avaliação e notificação de EA (Anexo IV).

### **2.3 Estágio III: Serviço de Urgência**

O terceiro estágio decorreu no SUG, de um hospital da periferia de Lisboa, entre 26 de janeiro e 29 de fevereiro, compreendendo 100 horas de contacto, cujo objetivo foi desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista na área da PSC.

Para contextualizar este SUG é certificado e acreditado pela JCI em boas práticas clínicas, com base na avaliação de indicadores de qualidade da prestação de cuidados, sustentada na melhor evidência científica, promoção da segurança, expectativas e satisfação da pessoa e família e implementação de projetos que visem a melhoria dos resultados em saúde.

O SU está dividido no SUG, Urgência pediátrica e Urgência ginecológica-obstetrícia, e articula-se com os sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento, encaminhamento para as unidades de cuidados de saúde primários ou para os centros hospitalares universitários da grande Lisboa, consoante as necessidades da pessoa, e articula com os recursos de emergência médica pré-hospitalar. Também dispõe de uma base de emergência médica pré-hospitalar, com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Quanto ao SUG, este destina-se a toda a população com idade igual ou superior a 18 anos, exceto mulheres grávidas. Está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares, e é de carácter médico-cirúrgico, tendo as valências de medicina, cirurgia geral e ortopedia a funcionarem 24 horas por dia, todos os dias do ano. De acordo com o Despacho nº 10319/2014 (2014), este SUG caracteriza-se como sendo o

“segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB [Serviço Urgência Básica] e referenciando para SUP [Serviço Urgência Polivalente] situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC [Serviço Urgência Médico-Cirúrgico]” (p. 20673).

O SUG está organizado em várias áreas segundo o sistema de Triagem de Manchester: área de triagem; área de azuis, verdes, pequena cirurgia e trauma ligeiro; área de amarelos e laranjas, composta por Postos de Observação Rápida (POR), Postos de Estadia Curta (PEC); Sala de Reanimação (SR), com capacidade para receber duas pessoas em simultâneo; Serviço de Observação (SO) com dois quartos com possibilidade de isolamento respiratório por pressão negativa.

De salientar que a medicação das pessoas que permanecem no PEC ou no SO, é disponibilizada em sistema unidose, repostado de manhã para as 24 horas seguintes. Toda a terapêutica de urgência está devidamente acondicionada e sinalizada com diferentes sinaléticas, segundo as recomendações preconizadas pela JCI e pela DGS.

Este estágio representou uma grande oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, por ser um contexto do qual não tinha qualquer experiência anterior, sendo que o planeamento do estágio se centrou, essencialmente, em conhecer os postos principais do SUG, desde a triagem à SO e SR. Esta experiência foi uma mais valia, pois pude confrontar-me com várias dificuldades à medida que passava por cada sector, exigindo o desenvolvimento de estratégias e capacidades pessoais e profissionais, para dar resposta às necessidades das pessoas e famílias.

Reconheço que no início senti-me apreensiva por ser um contexto desconhecido e por ter receio de não me conseguir adaptar à dinâmica do SUG, às metodologias de trabalho e perceber às funções do enfermeiro em cada sector. Contudo, a postura e apoio da equipa e do enfermeiro orientador foram essenciais para a minha integração, no processo de aprendizagens e desenvolvimento de competências. O enfermeiro orientador, enquanto supervisor clínico, representa um elo de suporte e apoio ao enfermeiro ou estudante de enfermagem, através do exemplo profissional, motivação, interesse, disponibilidade, partilha e compreensão (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Dada a dimensão do SUG, tive a oportunidade de compreender a organização do serviço e a gestão de cuidados, desenvolvendo competências de **liderança e gestão de recursos de acordo com as situações e o contexto, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados**. As equipas de enfermeiros e assistentes operacionais são extensas, sendo importante a coordenação e o trabalho de equipa.

Através da observação e contacto com o enfermeiro orientador, que além de enfermeiro especialista também desempenha funções de chefe de equipa e supervisor clínico, pude refletir sobre a importância de se desenvolver uma abordagem sistémica e sistemática de toda a situação, de forma a que consiga gerir os recursos com base nas necessidades do serviço, da equipa, da pessoa e família.

A distribuição dos recursos humanos é realizada de acordo com a complexidade e necessidade de vigilância das pessoas admitidas. No SO existem dois enfermeiros responsáveis, normalmente um com mais experiência do que o outro, para se poderem entretajudar, garantir a aquisição de novas aprendizagens e partilha de experiências, promovendo a diferenciação de conhecimentos teórico-práticos, julgamento clínico e capacidade de resposta à complexidade das situações. O

conhecimento prático adquire-se gradualmente, provém da experiência profissional e sustenta-se no saber intelectual, científico, na transposição para a prática clínica, observação, sensibilidade e intuição. Como tal, “a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2005, p. 61).

A triagem é o primeiro momento de contacto com a pessoa que recorre ao SU e é realizada com base no Sistema de Triagem de Manchester, que se traduz num algoritmo de cores, composto por 50 fluxogramas, centrados nas queixas da pessoa (Grupo Português de Triagem, 2015). Este sistema de triagem consiste num método de gestão de prioridades através da identificação precoce de problemas, e não de diagnósticos clínicos (DGS, 2018). Com base nas queixas da pessoa e avaliação clínica, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais apropriado, do qual é identificado o primeiro discriminador que seja positivo ou impossível de negar, atribuindo uma prioridade. Este método é vantajoso, pois permite distinguir as pessoas que carecem de atendimento urgente ou emergente das que não necessitam de atendimento prioritário. Este método também incorpora protocolos de atuação rápida, como as Vias Verdes (VV), e algoritmos clínicos aprovados pela instituição (DGS, 2018).

Em Portugal, a triagem é executada, geralmente, por um enfermeiro, qualificado para a função, que procede à avaliação inicial da pessoa, em ambientes cuja informação é incompleta e ambígua, pressupondo um processo complexo centrado na gestão de prioridades, no encaminhamento precoce e na garantia de uma prestação de cuidados adaptada às necessidades, com a maior qualidade, segurança e efetividade (DGS, 2018). É importante que o enfermeiro faça uma avaliação rápida e objetiva das principais queixas, tome decisões com base no raciocínio e julgamento clínico, necessidades de prioridade, vigilância e recursos disponíveis. Assim, a tomada de decisão em triagem é suportada por quatro pilares: pensamento crítico, habilidades cognitivas, intuição e experiência (Smith & Cone, 2010). Em qualquer contexto de cuidados, mas sobretudo no de urgência, enfermeiro deve desenvolver a capacidade de observação clínica, raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentadas e objetivas, munidas de conhecimentos e experiência, para proceder a uma triagem rápida e eficiente das necessidades da pessoa (Benner, 2005).

A coordenação, antecipação de problemas e gestão de cuidados são complexas, uma vez que nem sempre existem recursos materiais e humanos para colmatar as necessidades das pessoas. Dadas as circunstâncias reais, é exigido ao enfermeiro de triagem capacidade de avaliação, antecipação e identificação de potenciais problemas

e gestão de prioridades, com base nos critérios de gravidade, imprevisibilidade e agravamento da situação (Smith & Cone, 2010).

Além dos postos de triagem, SO e SR, o chefe de equipa elege um gestor de balcão responsável por gerir todos os recursos humanos e materiais do PEC, fazendo ponto de situação com o chefe de equipa. A oportunidade de ter realizado alguns turnos no POR e no PEC, ajudaram-me a compreender a relação entre o chefe de equipa e o gestor de balcão e deste com a equipa, pessoa e família e a importância de desenvolver competências de **supervisão e delegação de tarefas, comunicação eficiente e *feedback***, garantido a qualidade e segurança dos cuidados.

Ao conhecer as funções do enfermeiro gestor de balcão, pude constatar que é uma posição difícil e que requer o desenvolvimento de capacidades e competências para analisar e gerir as situações sob uma visão global e sistemática. Assim, o gestor de balcão planeia a organização dos espaços, de acordo com as necessidades de cada pessoa, especialmente, na adaptação das salas em situações de isolamento; mobiliza as pessoas que carecem de maior vigilância de outros sectores para o PEC; distribui os enfermeiros pelo número de pessoas admitidas; articula os cuidados com as valências médicas; transmite informações às famílias; planeia e articula com a equipa as altas, transferências para os serviços de internamento, encaminhamentos para outros hospitais ou para a assistência social.

Por sua vez, o chefe de equipa coordena com o gestor de balcão, fazendo o ponto de situação, de forma a identificarem situações de alerta, sejam casos de óbito, maior instabilidade hemodinâmica, sinais de agravamento súbito, alterações do comportamento que possam comprometer a pessoa ou terceiros, conflitos, carência de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados, resolução de problemas informáticos, laboratoriais ou de segurança. Estes elementos assumem um papel versátil, consoante a panóplia de problemas que possam surgir, de cariz humano, tecnológico, terapêutico, social ou relacional, inerentes à pessoa, família ou equipa. Como refere Queirós (2015), os enfermeiros peritos têm um profundo conhecimento e experiência, destacando-se pelas suas competências de supervisão, liderança e gestão de conflitos e situações de *stress*, capacidades relacionais, comunicacionais, de reflexão crítica, planeamento, sistematização e adaptação à mudança.

Relativamente à prestação de cuidados à pessoa na SR e SO, PEC e POR, foi onde as aprendizagens foram mais significativas pela vivência constante de desafios.

Transversal a todos os contextos do SUG, mas especialmente na SR e SO, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos teórico-práticos e prestar cuidados

com base na abordagem ABCDE, praticar os algoritmos de Suporte Avançado de Vida e trauma, situações com necessidade de ventilação mecânica não invasiva e ou de *pacemaker* externo. Para enriquecer as aprendizagens adquiridas, participei no “4<sup>th</sup> Lisbon Intensive Care Medicine Symposium”, de forma a atualizar conhecimentos e melhorar o raciocínio e fundamentação das práticas.

Também destaco, com particular relevância, os cuidados prestados a pessoas admitidas na SR, desde a articulação da equipa à avaliação da PSC, especialmente quando acionados os protocolos de VV: dor torácica, AVC e doente crítico. Saliento, os cuidados relacionados com a avaliação da pessoa com AVC e os critérios para realização de procedimentos de trombólise, os quais não tinha conhecimento de como se procederia, bem como a compreensão sobre os *timings* de janela terapêutica, os cuidados de reavaliação, vigilância, monitorização e prevenção de riscos associados.

O POR é um posto de observação rápida, onde se recebe as pessoas após a triagem e avaliação médica inicial. De um ponto de vista fisiológico, procede-se à execução de procedimentos, como a realização de colheitas de produtos biológicos, administração de terapêutica e fluidoterapia para controlo rápido de sintomas. As situações que carecem de maior vigilância permanecem neste posto. As situações de resolução rápida, após observação médica e de enfermagem, são encaminhadas para a realização dos exames complementares de diagnóstico prescritos ou para a sala de espera do POR, onde podem estar acompanhadas pela família. Também podem ser admitidas pessoas com prioridade amarela ou laranja, vindas diretamente do posto de triagem, das quais o enfermeiro considere que beneficia de maior vigilância, tendo em conta as queixas da pessoa, a sua segurança e os sinais de alerta.

Inicialmente, despoletou-me *stress*, insegurança e frustração, confrontando-me com dificuldades na avaliação da pessoa e na gestão de cuidados, quando comparado com a realidade da minha prática profissional. O ambiente na UCI é muito distinto do SUG, pois a afluência de pessoas é menor e mais controlada e o estado clínico da PSC é discutido entre equipa e monitorizado, sob vigilância permanente, num ambiente controlado, com recursos humanos, tecnológicos e avançados necessários para dar resposta a situações de colapso e imprevisibilidade. Em contrapartida no SUG, a necessidade de atendimento imediato e eficaz e a rotatividade de pessoas, torna o ambiente altamente *stressante*, sendo fulcral os saberes técnico-científicos, mas também a coordenação e comunicação eficaz entre a equipa (Carret et al., 2011).

Estes desafios motivaram a realização de um jornal de aprendizagem, onde refleti sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa que se encontra no

POR, por ser um posto propício a ocorrência de EA relacionados com a gestão da medicação, dada a elevada afluência de pessoas e o ambiente complexo e caótico, que dificultam a comunicação, o trabalho em equipa e a gestão de cuidados. Desta situação pude refletir sobre a identificação precoce de situações de alerta, de forma a antecipar a instalação de problemas ou agravamento da situação clínica. Mediante a afluência de pessoas no POR, foi essencial aprender a observar o cenário geral e refletir sobre as situações mais preocupantes, gerindo as que carecem de maior vigilância face aos recursos existentes. Segundo Benner (2005), o enfermeiro deve avaliar de forma sistémica cada situação, comunicar com a equipa, reportando sinais e sintomas de alerta, ser flexível e sensível na prestação de cuidados.

Face às experiências vivenciadas, desenvolvi competências como **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, pois foi um desafio prestar cuidados de enfermagem neste contexto, em que a exposição da pessoa e enfermeiro é elevada e imprevisibilidade é constante, sendo a primeira linha de estabilização da PSC. Também se refletiu na melhoria da **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, através da capacidade de observação clínica, reflexão crítica, discussão de casos, estabelecimento de prioridades e esclarecimento de dúvidas.

No PEC permanecem as pessoas que carecem de maior vigilância, podendo ter alta clínica em pouco tempo ou serem encaminhadas para os serviços de internamento. Geralmente a cada enfermeiro é atribuído três *boxes*, sendo que cada uma tem a capacidade máxima para quatro pessoas. Contudo, sendo este serviço imprevisível e aberto à comunidade, exige a necessidade constante de adaptação do espaço e da equipa, para aumentar a lotação das pessoas admitidas em PEC, sempre que se justifique. Esta realidade requer perícia para que o enfermeiro faça uma **gestão de cuidados eficiente, para dar uma resposta atempada à pessoa** e, sobretudo, desenvolva a capacidade de observação clínica para compreender a situação global, estabelecer prioridades, identificar os casos preocupantes, correlacionar os sinais e sintomas com as informações clínicas e prevenir o seu agravamento. Cuidar exige

observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363).

Destaco com particularidade as aprendizagens adquiridas na prestação de cuidados à pessoa no POR e no PEC, no sentido em que me proporcionou refletir sobre a importância de identificar sinais e sintomas de alerta precocemente, sem

recorrer a equipamentos de monitorização, avaliar a situação e tomar decisões, sustentadas na evidência científica e no julgamento crítico. Segundo Benner (2005), a capacidade de tomada de decisões otimiza a interpretação efetiva da situação de cuidados, melhora a qualidade da prestação de cuidados e permite o crescimento pessoal, profissional e da profissão enquanto ciência e filosofia de cuidar.

O desenvolvimento da capacidade de observação clínica ajudou-me a compreender e a analisar com eficiência a situação da pessoa, relacionar os sinais e sintomas com a história clínica, planear os cuidados de forma individualizada, antecipando a instalação de problemas. Por exemplo, a dor compreende uma experiência subjetiva e multidimensional, incorporando diferentes expressões, singulares e complexas, influenciadas por fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais, sendo essencial valorizar a dor, tal como a pessoa a expressa (OE, 2008). O tipo, intensidade e caracterização da dor incorporado com a avaliação da situação global, podem representar alertas para o despiste de problemas e prevenção de situações de agravamento. Com base na avaliação clínica, visão global e vigilância, os enfermeiros são, frequentemente, os primeiros a identificar as alterações no estado clínico da pessoa (Benner, 2005). Neste sentido, e tendo como referência o cuidar centrado na pessoa, a experiência de sintoma da pessoa deve ser valorizada pelo enfermeiro, tal como a forma como o expressa (Dodd et al., 2001). Brink e Skott (2013) reforçam que a desvalorização da experiência de sintoma pode levar a consequências devastadoras e sofrimento para a pessoa e família. Assim, deve-se incentivar a pessoa a exprimir os seus problemas, desconfortos e como compreende a situação clínica, promovendo a participação ativa no processo de doença, mas também no seu tratamento (Benner, 2005).

Neste percurso de estágio, também desenvolvi a competência de **cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos inerentes à situação crítica**, através do acolhimento e interação da família nos cuidados. Apesar do SU ser um sector com grande rotatividade, possui características únicas no cuidar à PSC e família, pressupondo o desenvolvimento de competências especializadas por parte do enfermeiro, mediante os desafios complexos e singulares na prática clínica.

No SU, onde se prestam cuidados à PSC, cuja ameaça e o risco de vida é constante, habitualmente, gera ansiedade na pessoa e na família (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015), a família “na maioria das situações vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu ente querido” (p.33). Outros autores acrescentam

que a família experiencia medo do desconhecido, *stress* e ansiedade, potenciado pelo facto do seu familiar se encontrar, frequentemente em circunstâncias de sobrelotação, de esperas prolongadas e escassez de recursos, informação e comunicação (Sousa, Almeida & Simões, 2011). O que pode reduzir o impacto dessa percepção é a presença e atitude dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, através dos seus conhecimentos, experiência, autenticidade, intuição e humanização (Ashworth, 1990).

Apesar do desafio constante no SUG, a prestação de cuidados de enfermagem deve ser centrada nas necessidades da pessoa e família, como um sistema único (Batista et al., 2017). Como tal, sempre que possível, tentei integrar a família nos cuidados, preocupando-me por procurar informações relevantes sobre o estado anterior da pessoa, antecedentes de relevância, perceber o nível de compreensão sobre a situação clínica atual e explicar o plano de cuidados de enfermagem, de forma a tranquilizar a família, enquanto esperavam na sala de espera. Senti que esta atitude se refletiu na diminuição da ansiedade e *stress* por parte da família, compreendendo os esforços nos tempos de resposta e necessidade da pessoa permanecer para vigilância da situação clínica. A comunicação é o principal contribuinte para a satisfação da pessoa e família, se forem atempadamente informados sobre a situação de cuidados (Sousa, Almeida & Simões, 2011). Assim, é imprescindível integrar a família enquanto parceira e alvo de cuidados, de forma fundamentada e oportuna, implicando que o enfermeiro estabeleça a “conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá, Botelho & Henriques, 2015, p. 33).

De forma a investir do desenvolvimento de competências no âmbito **de gestão de protocolos terapêuticos complexos, garantindo um ambiente seguro e terapêutico**, realizei um *poster* sobre a “Gestão da mediação da pessoa com doença neurodegenerativa”. Esta atividade teve como intuito sensibilizar os enfermeiros para as particularidades do cuidar da pessoa com DN, no âmbito da gestão da medicação para controlo dos sintomas da doença crónica.

Ainda que o ambiente do SU possa ser hostil para a ocorrência de EA, cabe ao enfermeiro adotar estratégias que melhorem a efetividade dos cuidados de enfermagem e promovam a segurança da pessoa, partindo pela identificação e compreensão dos fatores precipitantes dos EA e implementação de medidas para prevenir a sua ocorrência (Irvine, Sidane & Hall, 1998; OE, 2005; Lage, 2010). Cuidar é, assim, “uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37).



## CONCLUSÃO

Este documento demonstra, de forma critico-reflexiva, o desenvolvimento de competências, ao longo do processo académico, de título de mestre, preconizadas pela ESEL, e de enfermeiro especialista na PSC, instituídas pelas OE.

Este percurso permitiu a aquisição de experiências enriquecedoras através do conhecimento de diversos contextos de cuidados, proporcionando o desenvolvimento de conhecimentos, competências e capacidades pessoais, relacionais e profissionais, para prestar cuidados seguros e efetivos de enfermagem avançada à PSC e família.

A segurança da pessoa no cuidar foi um dos grandes temas que sustentaram este trabalho, pois a segurança da pessoa reflete-se na qualidade e efetividade dos cuidados de enfermagem, cujo objetivo consiste em prevenir a ocorrência de danos não intencionais. Apesar da ocorrência de EA ser uma das áreas com maior relevância e preocupação na prática de Enfermagem, ainda beneficia de investimento futuro, especialmente no âmbito da gestão da medicação, uma vez que este processo está relacionado com a ocorrência da maioria dos EA que ocorrem no contexto hospitalar.

O facto de o enfermeiro ter grande responsabilidade na gestão de protocolos terapêuticos que visem o controlo de sintomas, tanto na situação crítica como na doença crónica, como as DN, representou o meio para desenvolver as competências mencionadas para este percurso académico, em prol da melhoria da segurança, efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e família.

Com base na análise das competências de responsabilidade profissional, ética e legal, considero ter regido a conduta profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princípios éticos e deontológicos, crenças, valores, privacidade e dignidade humana, promovendo cuidados de enfermagem de qualidade e segurança.

Quanto às competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, saliento a colaboração e dinamização de projetos de serviço, através da realização de sessões formativas, elaboração de *posters* informativos e colaboração na implementação de normas e protocolos de atuação. Tal como a promoção de um ambiente terapêutico seguro, com recurso à realização de atividades que sensibilizassem os enfermeiros para as particularidades no cuidar da pessoa com DN, no âmbito da gestão da medicação, para controlo dos sintomas da doença crónica.

Quanto à gestão de cuidados, reconheço que desenvolvi conhecimentos técnico-científicos, competências pessoais, relacionais e comunicacionais, essenciais para uma prestação de cuidados de qualidade e segura à PSC e família, considerando-os

como participantes ativos em todo o processo de saúde-doença, respeitando a sua singularidade e complexidade. Uma outra competência a salientar refere-se à capacidade de liderança, visão estratégica, gestão de prioridades, através do exemplo dos enfermeiros orientadores que, concomitantemente, desempenhavam funções de liderança, responsabilidade e coordenação de equipas. A reflexão, julgamento clínico e partilha de conhecimentos, também, me possibilitaram melhorar a capacidade de gestão de prioridades no cuidar e de tomada de decisão fundamentada e desenvolver competências especializadas na gestão de situações de evolução rápida.

No âmbito das competências de *praxis* clínica especializada e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, saliento a participação em vários eventos formativos, como congressos, simpósios de enfermagem, cursos de carácter relevante para o desenvolvimento do tema em estudo, bem como a realização de trabalhos científicos, nomeadamente a RIL e a divulgação de resultados num simpósio de enfermagem.

No domínio do cuidar da PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, constato que desenvolvi competências no cuidar da pessoa com DN, em situação crítica, mobilizando conhecimentos de diversas áreas, por forma a dar resposta em tempo útil e de forma holística a situações complexas de urgência e emergência, maximizando a intervenção na prevenção e controlo de infeção, a segurança da pessoa cuidada e a efetividade dos cuidados.

A prestação de cuidados à PSC e família foi um constante desafio, tendo em conta as particularidades de cada contexto de estágio, cuja imprevisibilidade, complexidade, exigência de cuidados foi enorme. Constatei que a família é um recurso fundamental na prestação de cuidados, sendo detentora de informações relevantes para compreender a situação global da pessoa. Além de recurso, a família vive sentimentos de ansiedade, medo, angústia e *stress*, quando o seu familiar permanece no SU ou na UCI, sendo imprescindível informá-la sobre a situação clínica do familiar, explicar a necessidade de vigilância, participar na discussão do plano terapêutico e disponibilizar recursos e redes de apoio, sempre que seja necessário.

De referir que este percurso de aprendizagens se distinguiu pela vivência de experiências desafiantes, em diferentes circunstâncias, das quais reconheço as dificuldades e me senti fora da “zona de conforto”, especialmente no SU, dado que não tinha experiências anteriores neste contexto, tendo sido um desafio adaptar-me à dinâmica e características do serviço, bem como à exigência da prestação de cuidados, num ambiente imprevisível, frequentemente, caótico e altamente *stressante*. Todavia, as dificuldades foram ultrapassadas através do apoio da equipa, procura constante de

conhecimentos, formação contínua e reflexão crítica, que foram recursos essenciais para desenvolver as competências preconizadas, sobretudo na gestão de protocolos terapêuticos complexos, no âmbito da gestão da medicação para antecipação de problemas e deteção precoce de sinais e sintomas de agravamento.

Como limitações, refiro a de causa temporal que impossibilitou a concretização da formação na UCI em tempo útil para esse efeito. Contudo, dada a pertinência do tema, colmatou-se a realização da formação numa data à *posteriori*. Pelo mesmo motivo, não foi possível implementar o projeto de intervenção formativa durante o estágio na UCI, evidenciado na RIL como um projeto essencial para a compreensão dos protocolos terapêuticos complexos na pessoa com DN, em situação crítica. Contudo, este projeto foi considerado uma ferramenta a desenvolver, em parceria com a equipa do Gabinete de Gestão de Risco da instituição, num futuro próximo.

Enquanto sugestões futuras, de facto houve a possibilidade de divulgar os resultados da RIL no simpósio em enfermagem; contudo, pretende-se a submissão do artigo para publicação numa revista científica, dada a pertinência do tema para a melhoria das práticas clínicas, através da divulgação do conhecimento com todos os profissionais de saúde e da consciencialização sobre a necessidade de realizar mais estudos científicos nesta área.

Em suma, o percurso académico foi muito enriquecedor, no sentido de aprender que cada pessoa tem o seu próprio ritmo de aprendizagem, que requer disponibilidade para aprender e capacidade para ajustar os processos de aprendizagem, adaptando os cuidados de enfermagem ao ritmo de cada pessoa e família. Também foi marcado pela procura de conhecimentos de enfermagem avançada que fundamentassem a segurança dos cuidados à PSC e família e contribuíssem na identificação e resposta às necessidades e problemas reconhecidos pela equipa de cuidados: equipa multidisciplinar, pessoa e família. Neste sentido, as aprendizagens adquiridas entusiasmaram-me em todo o percurso e consciencializaram-me sobre o meu crescimento pessoal, profissional e académico, repercutindo-se na mudança positiva na intervenção à PSC e família, com progressiva melhoria da qualidade dos cuidados, segurança da pessoa cuidada, obtenção de *outcomes* positivos e ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeliovich, A.; Gitler, A. (2016). Defects in trafficking bridge Parkinson's disease pathology and genetics. *Nature*. 539, 207-216. doi: 10.1038/nature20414.
- Ackroyd-Stolarz, S. et al. (2011). The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 20, 564-569. doi:10.1136/bmjqs.2009.034926.
- Alves, M.; Carvalho, D.; Albuquerque, G. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 24 (8), 2895-2908. Doi: 10.1590/1413-81232018248.23912017
- Amaral, A. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem: modelos de análise. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21, 96–105. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289539696\\_A\\_Efetividade\\_Dos\\_Cuidados\\_De\\_Enfermagem\\_Modelos\\_De\\_Analise](https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise)
- Amaral, A. et al. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*. 7 (3), 757–770. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289671597\\_Implementation\\_of\\_the\\_Nursing\\_Role\\_Effectiveness\\_Model](https://www.researchgate.net/publication/289671597_Implementation_of_the_Nursing_Role_Effectiveness_Model)
- Anderson, L.; Fagerlund, K. (2013). The perioperative experience of patients with Parkinson's disease: a qualitative study. *AJN, American Journal of Nursing*. 113 (2), 26-35. doi: 10.1097/01.naj.0000426686.84655.4a.
- Arasalingam, A.; Clarke, C. (2014). Reasons for Parkinson's disease admissions in a large inner city hospital. *Parkinsonism & Related Disorders*. 20 (2), 237-238. doi: 10.1016/j.parkreldis.2013.10.011.
- Aronson, J. (2009). Medication errors: definitions and classification. *Br J Clin Pharmacol*. 67 (6), 599-604. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03415.x.
- Aronson, J. (2017). Medication reconciliation. *BMJ*. 356, i5336. doi: 10.1136/bmj.i5336.
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, 6, 150-160.

- Batista, M. et al. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. 13, 83-92. doi: 10.12707/RIV16085.
- Bedaso, A.; Ayalew, M. (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery*. 13 (1), 13-18. doi:10.1186/s13037-019-0198-0.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*. 24 (3), 188-199. doi: 10.1177/0270467604265061.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto Coimbra. ISBN: 989-5580-52-5.
- Brink, E.; Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. 3, 563-567. doi: 10.4236/ojn.2013.38077
- Cahill, S.; O'Shea, E.; Pierce, M. (2012). Creating Excellence in Dementia Care: a research review for Ireland's National Dementia strategy. Dublin: An Roinn Sláinte, Department of Health. Disponível em: [http://dementia.ie/images/uploads/site-images/creating\\_excellence\\_in\\_dementia\\_care\\_2012.pdf](http://dementia.ie/images/uploads/site-images/creating_excellence_in_dementia_care_2012.pdf)
- Calder, L. et al. (2010). Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study. *CJEM*. 12 (5), 421-430. doi: 10.1017/s1481803500012574.
- Canter, R.; Penney, J.; Tsai, L. (2016). The road to restoring neural circuits for the treatment of Alzheimer's disease. *Nature*. 539, 187-196. doi:10.1038/nature20412.
- Capra, F. (1982). O ponto de mutação. Amesterdão: Digital Source.
- Carpenter, C.; Platts-Mills, T. (2013). Evolving prehospital, emergency department, and "inpatient" management models for geriatric emergencies. *Clin Geriatr Med*. 29 (1), 31-47. doi: 10.1016/j.cger.2012.09.003.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1 (1), 13-24.
- Carret, M. et al. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência do sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 16, 1069-79. doi: 10.1590/S1413-81232011000700039.
- Chekani, F.; Bali, V.; Aparasu, R. (2015). Quality of life of patients with Parkinson's disease and neurodegenerative dementia: A nationally representative study.

- Research in Social and Administrative Pharmacy*. 1-10. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.09.007.
- Chenoweth, L. et al. (2013). Impact of the Parkinson's disease medication protocol program on nurses' knowledge and management of Parkinson's disease medicines in acute and aged care settings. *Nurse Education Today*. 33 (5), 458-464. doi:10.1016/j.nedt.2012.04.022.
- Cima, L; Clarke, S. (2012). *The Nurses's role in Medication Safety*. 2ª Edição. Chicago: Joint Commission Resources. ISBN 978-1599406183.
- Claro, C. et al. (2011). Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP*. 45 (1), 167-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30, 234-251. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Costa Junior, A. et al. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia, Campinas*. 29 (2), 271-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>
- Costa, T. et al. (2016). Percepção dos profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37 (3), 1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2016.03.61145.
- Cunha, U. et al. (2008). Uso de inibidores da colinesterase em idosos com comorbidades clínicas. *Geriatrics & gerontologia*. 2 (4), 162-166. Disponível em: [https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/ggaging.com/pdf/v2n4a06 .pdf](https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/ggaging.com/pdf/v2n4a06.pdf)
- Damásio, J.; Carvalho, S. (2011). Doenças do movimento induzidas por fármacos: a importância dos psicofármacos. *Acta Med Port*. 24, 915-922. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1577/1161>
- Decreto-Lei nº 65/2018. (2018). *Acreditação e reconhecimento de formação*. Retrieved from Diário da República, Série I, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Características da Rede de Serviços de Urgência*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16 (1), 62-71. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo4\\_62-71\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo4_62-71(1).pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf)
- Direção Geral de Saúde (2012). *Norma nº11/2012: Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Norma nº20/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *Norma nº14/2015: Processo de gestão da medicação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *Norma nº21/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Norma nº18/2016: Reconciliação terapêutica*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma nº1/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma nº2/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (5), 668-676. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Dodd, M.; Miaskowski, C.; Lee, K. (2004). Occurrence of Symptom Clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 32, 76-78. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh008.
- Donizak, J.; McCabe, C. (2017). Pharmacological management of patients with Parkinson's disease in the acute hospital setting: a review. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 13 (5), 220–225. doi:10.12968/bjnn.2017.13.5.220.
- Doran, D. (2011). Functional Status. In: Doran, D. *Nursing Outcomes - The State of the Science* (2ª edição, pp. 29-69). Sudbury: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-8325-9.
- Elliott, M.; Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: An overview. *British journal of nursing*. 19 (5), 300-305. doi: 10.12968/bjon.2010.19.5.47064.
- Erkinen, M.; Kim, M.; Geschwind, M. (2018). Clinical neurology and epidemiology of the major neurodegenerative diseases. *Cold Spring Harb Perspect Biol*. 10 (4), 1-44. doi: 10.1101/cshperspect.a033118
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa.
- Fagerlund, K.; Anderson, L.; Gurvich, O. (2013). Perioperative Medication Withholding in Patients with Parkinson's Disease: A Retrospective Electronic Health Records Review. *AJN, American Journal of Nursing*. 113 (1), 26–35. doi: 10.1097/01.naj.0000425744.76107.9f.
- Ferreira, J. et al. (2017). Prevalence of Parkinson's disease: a population-based study in Portugal. *European Journal of Neurology*. 24 (5), 748-750. doi: 10.1111/ene.13273.
- Ferreira, J.; Rosa, M.; Coelho, M. (2013). Doenças do movimento. In J. Ferro; J. Pimentel (Eds.) *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (2ª ed., pp. 159-188). Lisboa: Lidel.



- Filiatrault, P. (2009). Does Colour-Coded Labelling Reduce the Risk of Medication Errors? *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 62 (2), 154-156. doi:10.4212/cjhp.v62i2.446.
- Fleury, M.; Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 4, 183-196. doi: 10.1590/S1415-65552001000500010.
- Flin, R.; O'Connor, P.; Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: A Guide to Non-Technical Skills*. England: Ashgate. ISBN: 978-075-464-600-6.
- Fordyce, J. et al. (2003) Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med*. 42 (3), 324–333. doi: 10.1067/mem.2003.271.
- Forster, A. et al. (2007). Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care*. 16 (1), 17-22. doi: 10.1136/qshc.2005.017384.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL. ISBN 978-972-757-797-2.
- Freeman, W. et al. (2007). ICU management of patients with Parkinson's Disease or Parkinsonism. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 18, 227-236. doi: 10.1016/j.cacc.2007.09.007.
- Godinho, L.; Carreira, C.; Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 27 (3), 20-24. doi: 10.25751/rspa.15145.
- Gomes, I. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In: M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Grossberg, G.; Xiangyi M.; Olin, J. (2011). Impact of Rivastigmine Patch and Capsules on Activities of Daily Living in Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 26 (1), 65–71. doi:10.1177/1533317510391240.
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistemas de Triagem de Manchester*. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Guimarães, C. (s. d.) *O novo paradigma ecológico holístico. Uma nova forma de perceber o mundo*.

- Henneman, E. et al. (2010) Strategies used by critical care nurses to identify, interrupt, and correct medical errors. *American Journal of Critical Care*. 19 (6), 500–509. doi: 10.4037/ajcc2010167.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-11-4.
- Hou, J. et al. (2012). Assessment of appropriate medication administration for hospitalized patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*. 18 (4), 377-381. doi: 10.1016/j.parkreldis.2011.12.007.
- INFARMED (2018a). *Resumos das características do medicamento*. Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7896&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7896&tipo_doc=rcm)
- INFARMED (2018b). *Resumos das características do medicamento*. Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=5278&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5278&tipo_doc=fi)
- International Council of Nurses. (2009). *Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics*. Disponível em: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- International Council of Nurses. (2012). *Patient safety*. Geneva: ICN. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05\\_Patient\\_Safety.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety.pdf)
- Irvine, D.; Sidani, S.; Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*. 16 (2), 58–87. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bb58/083d4a5dabe1acf7eb0a41f4296f989bcfc0.pdf>
- Joint Programme Neurodegenerative Disease Research (2019). *What is neurodegenerative disease?*. EU Joint Programme Neurodegenerative Disease Research. Disponível em: <https://www.neurodegenerationresearch.eu/about/what/>
- Jost, W. (2017). Medikamentöse Therapie der motorischen Symptome beim Morbus Parkinson. *Der Nervenarzt*. 88 (4), 373–382. doi:10.1007/s00115-017-0309-z.
- Julius, A.; Longfellow, K. (2016). Movement Disorders. *Medical Clinics of North America*. 100 (4), 733-761. doi: 10.1016/j.mcna.2016.03.002.
- Kipps C. et al. (2005). Movement disorder emergencies. *Mov Disord*. 20 (3), 322-234. Doi: 10.1002/mds.20325.
- Kirton, J. et al. (2011). Care of patients with neurological conditions: the impact of a Generic Neurology Nursing Service development on patients and their carers.

- Journal of Clinical Nursing*. 21 (1-2), 207-215. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03684.x.
- Kovosi, S.; Freeman, M. (2011). Administering medications for Parkinson disease on time. *Nursing*. 41(3), 66. doi:10.1097/01.nurse.0000394533.76028.32.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Rev Port Saúde Pública*. 11-16. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1273/1/RPSP%202010%2011.pdf>
- Lang, A. (2010). Clinical trials of disease-modifying therapies for neurodegenerative diseases: the challenges and the future. *Nat. Med.* 16 (11), 1223-1226. doi: 10.1038/nm.2220.
- Lau, L.; Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 5 (6), 525-35. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70471-9.
- Lee, N.; Beer, T. (2013). The patient with neurological and psychological disorders. *Surgery*. 31 (8), 437-441. doi: 10.1016/j.mpsur.2013.05.009.
- Lobo, P. (2019). Quando considerar a opção de tratamento cirúrgico? In: Ferreira, J.; Vitorino, M. (Coords.), *Manual do cuidador da pessoa com Parkinson* (pp. 22-24). Torres Vedras: CNS. ISBN 978-989-20-8337-7.
- Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 7 (1), 1-6. Disponível em: <http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.7%20No.1/001.pdf>
- Locsin, R.; Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal for Human Caring*. 11 (1), 38-43. doi: 10.20467/1091-5710.11.1.38.
- Lopes, A.; Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 181-189. Acedido em: 31/01/2019. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf>
- Lopes, M.; Gomes, S.; Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INESC TEC. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inescotecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf)
- Low, V. et al. (2015). Measuring the burden and mortality of hospitalisation in Parkinson's disease: A cross-sectional analysis of the English Hospital Episodes

- Statistics database 2009–2013. *Parkinsonism & Related Disorders*. 21 (5), 449-454. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.01.017.
- Magdalinou, K.; Martin, A.; Kessel, B. (2007). Prescribing medications in Parkinson's disease (PD) patients during acute admissions to a district general hospital. *Parkinsonism Relat Disord*. 13 (8), 539-540. doi: 10.1016/j.parkreldis.2006.11.006.
- Manning, L. (2018). *A Neuropsicologia Clínica: uma abordagem cognitiva*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-9897-59-092-4.
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Revista de Ciências da Educação*. 8, 7-22. Disponível em: [http://www.unitau.br/files/arquivos/category\\_1/MARCELO\\_\\_\\_Desenvolvimento\\_Profissional\\_Docente\\_passado\\_e\\_futuro\\_1386180263.pdf](http://www.unitau.br/files/arquivos/category_1/MARCELO___Desenvolvimento_Profissional_Docente_passado_e_futuro_1386180263.pdf)
- Marcelo, P. et al. (2014). Conhecimento dos pacientes sobre distúrbios neurológicos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 3 (2), 104-112. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/403/338>
- Massano, J. (2011). Doença de Parkinson: atualização clínica. *Acta Med Port*. 24 (S4), 827-834. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1588/1171>
- McFarlane, D. (2015). Teams, Change, and Leadership: Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*. 4 (5), 748-757. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2015/352-1441612859.pdf>
- Mendes, A. (2014). Patients with long-term neurological conditions: delivering best practice in the community. *British Journal of Community Nursing*. 19 (12), 616-618. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.12.616.
- Mendes, A. (2016). Sensibility of professionals to information needs: experience of the family at the intensive care unit. *Texto Contexto Enferm*. 25 (1). doi: 10.1590/0104-07072016004470014.
- Micieli, G. et al. (2003). Autonomic dysfunction in Parkinson's disease. *Neurological Sciences*. 24, s32-34. doi: 10.1007/s100720300035.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Minuzzi, A. et al. (2016). Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc. Anna Nery*. 20 (1), 121-129. doi: 10.5935/1414-8145.20160017.

- Mohammad, D. et al. (2017). Acetylcholinesterase inhibitors for treating dementia symptoms- a safety evaluation. *Expert Opinion on Drug Safety*. 16 (9), 1009-1019. doi: 10.1080/14740338.2017.1351540.
- Munro, C. (2010). The "Lady With the Lamp" illuminates Critical Care Today. *American Journal of Critical Care*. 19 (4), 315-317. doi: 10.4037/ajcc2010228.
- Natalwala A. et al. (2008). Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 26 (6), 499-505. doi: 10.1159/000171044.
- Nightingale, F. (2006). *Notas Sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 978-9728-383-92-3.
- Nourhashémi F, et al. (2001). Descriptive analysis of emergency hospital admissions of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 15 (1), 21-25. doi: 10.1097/00002093-200101000-00003.
- Nunes, A. (2011). Aspectos éticos do cuidado prestado às pessoas Testemunhas de Jeová. *Sinais Vitais*. 5-11. Disponível em: [http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV\\_110\\_Art1.pdf](http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art1.pdf)
- Nunes, B. et al. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*. 11, 10-42. doi: 10.1186/1471-2377-10-42.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Nyholm, D.; Aquilonius, S. (2004). Levodopa infusion therapy in Parkinson disease: state of the art in 2004. *Clin Neuropharmacol*. 27 (5), 245-56. doi: 10.1097/01.wnf.0000144041.28224.b7.
- Oguh, O.; Videnovic, A. (2012). Inpatient Management of Parkinson Disease: Current Challenges and Future Directions. *Neurohospitalist*. 2 (1), 28-35. doi: 10.1177/1941874411427734.
- Ordem dos Médicos; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos – recomendações*. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Onofrj, M.; Thomas, A. (2005). Acute akinesia in Parkinson disease. *Neurology*. 64 (7), 1162-1169. doi: 10.1212/01.WNL.0000157058.17871.7B.

- Ordem Dos Enfermeiros (2005). A enfermagem conta – erros de medicação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 17, 44-46. Disponível em: <https://www.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/a-enfermagem-conta-erros-de-medicao-ordem-dos-enfermeiros-2015>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 64/2017: Pedido de Parecer sobre disponibilização/indicação de medicação*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer%2064\\_2017\\_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer nº 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15\\_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: OMS. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *World Health Organization. Dementia: a public health priority*. Genebra: OMS. ISBN 978-92-4-156445-8.
- Otero, J. et al. (2002). Errores de medicación. *Farmacia Hospitalaria*. 27 (3), 713-747. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf>
- Paiva, J. et al. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pedreira, L. et al. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Rev. enferm. UERJ*. 22 (4), 533-539.

- Phipps, W. (2009). Doença crónica e reabilitação. In: W. Phipps; J. Sands, & J. Marek (Coords.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8ª edição, pp. 145-183). Loures: Lusociência. ISBN 97-8989-807-52-22.
- Pinheiro, P. (2019). *Plasmaferese*. MDSAÚDE. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/doencas-autoimunes/plasmaferese/>
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos: o paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*. 38 (166), 139-153. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218738074K1eRN3tw6Ar03NU4.pdf>
- Queirós, P. (2015) The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest. Educ. Enferm* . 33 (1), 83-91. doi: 10.17533/udea.iee.v33n1a10.
- Regulamento nº429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento nº140/2019. (2019). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Rigobello, M. et al. (2012). The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. 25 (5), 728-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>
- Rozich J. et al. (2004). Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf*. 30 (1), 5-14. doi: 10.1016/s1549-3741(04)30001-8.
- Ruivo, M. et al. (2010). Metodologia do Projecto - Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-38. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sá, F.; Botelho, M.; Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19 (1), 31- 46. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Sidani, S. (2011). Symptom Management. In: Doran, D. *Nursing Outcomes - The State of the Science* (2ª edição, pp. 131-190). Sudbury: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-8325-9.

- Silva, A. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 55 (1-2), 11-20.
- Silva, D.; Alvim, N. (2010). Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63 (3), 427-434. Doi:10.1590/s0034-71672010000300013.
- Siman, A.; Cunha, S.; Brito, M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 51 (e03243), 1-8. Doi: 10.1590/S1980-220X2016045503243.
- Smith, A.; Cone, K. (2010). Triage Decision-Making skills: A necessity for all nurses. *Journal for nurses in staff development*. 26 (1), 14-19. doi: 10.1097/NND.0b013e3181bec1e6
- Sousa, L.; Almeida, A.; Simões, C. (2011). Vivências em serviço de urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Revista Saúde e Sociedade de São Paulo*. 20 (1), 195-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/21.pdf>
- Sousa, P. et al. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: [https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL\\_Seguranca\\_do\\_doente\\_eventos\\_adversos\\_em\\_hospitais](https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL_Seguranca_do_doente_eventos_adversos_em_hospitais)
- Stang A. et al. (2013). Adverse events related to emergency department care: a systematic review. *PLoS ONE*. 8 (9), e74214. doi: 10.1371/journal.pone.0074214.
- Stanzione, P.; Tropepi, D. (2011). Drugs and clinical trials in neurodegenerative diseases. *Ann Ist Super Sanita*. 47 (1), 49-54. doi: 10.4415/ANN\_11\_01\_11.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*. 45 (6), 204–11. doi: 10.3928/01484834-20060601-04.
- The Joint Commission (2006). Using medication reconciliation to prevent errors. *Centinel Event Alert*, 35. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_35.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF)
- The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde (2007a). Look-alike, sound-alike medication names. *Patient Safety Solutions*. 1, 1. 1-4. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution1.pdf>
- The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde (2007b). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety*



- Solutions*. 1, 3. 1-4. Disponível em:  
<https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- Vale, P.; Oliveira, J.; Ribeiro, I. (2011). 6.2 O Ensino e Apoio da Equipa de Enfermagem. In: Vaz, R. e colaboradores. *Estimulação Cerebral Profunda do tratamento da doença de Parkinson a uma nova visão do funcionamento do cérebro*. (1ª edição, pp. 157-270). Bial. ISBN: 978-989-8483-05-8.
- Vianna, C. et al. (2004). Segurança do Paciente Hospitalizado: avaliação do grau de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 8 (2), 236-242. Disponível em:  
[www.redalyc.org/pdf/1277/127717713010.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713010.pdf)
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência*. 3ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. ISBN 978-9725-405-65-9.
- Watts, L. et al. (2007). Randomized, blind, controlled trial of transdermal rotigotine in early Parkinson disease. *Neurology*. 68 (4), 272-276. doi:  
10.1212/01.wnl.0000252355.79284.22.



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Idas a campo**



## IDAS A CAMPO

Idas a Campo	Objetivos
<b>ESEL</b>  (25 junho 2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a opinião de um perito de referência nacional quanto a pertinência da problemática em estudo;</li> <li>• Conhecer estratégias que contribuam para o meu percurso de aprendizagens e desenvolvimento de competências relacionadas com o tema do projeto de estágio;</li> <li>• Identificar entidades ou referências que possam contribuir para o desenvolvimento do meu percurso de aprendizagens e aplicabilidade do projeto de estágio;</li> <li>• Identificar linhas orientadoras/estratégias de intervenção que contribuam para o desenvolvimento do meu projeto na prática de cuidados de enfermagem.</li> </ul>
	<b>Atividades a desenvolver</b>
	Entrevista informal a uma docente perita na área das DN
	<b>Conclusões</b>
	<p>Refletir sobre a gestão terapêutica é necessário contextualizá-la e relacioná-la com a sua principal função nas DN, a gestão de sintomas, articulando todas as dimensões e intervenientes para prestação de cuidados segura.</p> <p>A reconciliação terapêutica é extremamente importante para a continuidade do tratamento da pessoa com doença crónica, sendo que o enfermeiro tem a responsabilidade de recolher toda a informação pertinente sobre a pessoa, junto da mesma, da família ou do cuidador. Conhecer a medicação habitual da pessoa é uma das estratégias iniciais para evitar a descontinuidade terapêutica no tratamento da doença crónica, durante a permanência no hospital (interações medicamentosas, omissões de medicação, agravamento dos sintomas psico-comportamentais). Além da colheita de dados, cabe ao enfermeiro reportar essa informação à equipa médica e manter a vigilância de sinais e sintomas de agravamento.</p>

<b>Serviço de Urgência, de um Centro Hospitalar Universitário da grande Lisboa</b>  (26 junho 2019)	<b>Objetivos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem deste serviço hospitalar, que presta cuidados especialmente à pessoa em situação crítica (em concreto com DN);</li> <li>• Conhecer estratégias de enfermagem promotoras da gestão terapêutica na pessoa em situação crítica (mediante a reconciliação terapêutica);</li> <li>• Identificar protocolos de prevenção de EA e gestão terapêutica segura (reconciliação terapêutica, validação da prescrição, preparação, administração e monitorização);</li> <li>• Identificar os procedimentos de auditoria em boas práticas de gestão terapêutica;</li> </ul> <p>Identificar os procedimentos existentes de notificação de EA associados à gestão terapêutica.</p>
	<b>Atividades a desenvolver</b>
	Entrevista informal ao 2º elemento de enfermagem
	<b>Conclusões</b>
	<p>A pessoa com DN, em situação crítica, não é admitida com regularidade no SU, mas a gestão de sintomas é essencial para prevenir o agravamento do estado clínico, aumento dos dias de internamento ou recidivas hospitalares. Quando a pessoa com DN recorre ao SU, a gestão de sintomas da doença crónica torna-se um desafio, no sentido em que pode ocorrer interrupção da medicação habitual, relacionada com a doença crónica, dado a organização de cuidados estar mais direcionado para a gestão de sintomas da situação aguda. Esta realidade pode despoletar consequências graves para a pessoa. A ausência da medicação habitual, mudança de ambiente, alteração de rotinas, presença de ruído e luz permanente, predispõe ao agravamento de sintomas da DN, sendo essencial controlar esses fatores que poderão comprometer a situação global da pessoa. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro promover a adequada gestão da terapêutica como intervenção básica para a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa.</p>



<b>Gabinete de Gestão de Risco, de um Centro Hospitalar Universitário da grande Lisboa</b>  (12 junho 2019)	<b>Objetivos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a intervenção do enfermeiro na segurança terapêutica e gestão de EA, no Gabinete de Risco;</li> <li>• Conhecer estratégias de enfermagem promotoras da gestão terapêutica que visem a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (especialmente na pessoa em situação crítica);</li> <li>• Identificar normas de procedimentos e protocolos relacionados com a prevenção de EA e na gestão terapêutica segura (reconciliação terapêutica, validação da prescrição, preparação, administração e monitorização);</li> <li>• Identificar os procedimentos de auditoria em boas práticas de gestão terapêutica;</li> <li>• Identificar os procedimentos existentes de notificação de EA associados à gestão terapêutica.</li> </ul>
	<b>Atividades a desenvolver</b>
	Entrevista informal à enfermeira coordenadora
	<b>Conclusões</b>
	<p>Para garantir a efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da gestão da terapêutica, é importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar medidas de reconciliação terapêutica, em que os enfermeiros são responsáveis pela articulação de informações obtidas da pessoa e família com a equipa médica;</li> <li>• Cumprir as normas implementadas pela instituição de segurança no uso do medicamento, com base nas orientações atuais da DGS e na notificação de incidentes e EA analisados pelo Gabinete de Gestão de Risco;</li> <li>• Promover a atualização de conhecimentos e formação contínua, através da realização de um programa específico de formação para enfermeiros, por forma a melhorar as práticas clínicas e obter ganhos em saúde.</li> </ul>

<b>Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital privado de Lisboa</b>  (18 julho 2019)	<b>Objetivos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem deste serviço hospitalar, que presta cuidados à pessoa em situação crítica (especialmente com DN);</li> <li>• Conhecer estratégias de enfermagem promotoras da gestão terapêutica na pessoa em situação crítica (com base na reconciliação terapêutica);</li> <li>• Identificar protocolos de prevenção de EA e gestão terapêutica segura (reconciliação terapêutica, validação da prescrição, preparação, administração e monitorização);</li> <li>• Identificar os procedimentos de auditoria em boas práticas de gestão terapêutica;</li> <li>• Identificar os procedimentos existentes de notificação de EA associados à gestão terapêutica.</li> </ul>
	<b>Atividades a desenvolver</b>
	Entrevista informal ao enfermeiro coordenador
	<b>Conclusões</b>
	<p>Neste contexto, constatou-se que a segurança da pessoa é uma das grandes preocupações da Enfermagem, especialmente no domínio da gestão terapêutica. Destacou-se o facto de a equipa ter experienciado um processo árduo na implementação de normas e protocolos de atuação que visassem uma gestão terapêutica segura, tendo sido a UCI acreditada pela JCI em maio de 2018. A acreditação trouxe mudanças de comportamento nos profissionais e significativa melhoria nas práticas clínicas. Assim, as intervenções de enfermagem são altamente exigentes na UCI, sendo que o acondicionamento e utilização da medicação obedece a uma série de requisitos de segurança que não podem ser corrompidos. Os principais riscos estão dispostos em cartazes informativos, em locais estratégicos, com sinaléticas específicas para alertar os profissionais para a utilização cuidadosa de determinados medicamentos como os medicamentos considerados de alto risco, os medicamentos LASA (com fonética e escrita semelhantes).</p>

<b>Serviço de Neurologia, de um Centro Hospitalar Universitário da grande Lisboa</b>  (19 julho 2019)	<b>Objetivos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem deste serviço hospitalar, que presta cuidados especialmente à pessoa com DN, em situação aguda;</li> <li>• Conhecer estratégias de enfermagem promotoras da gestão terapêutica na pessoa com DN (desde a admissão à alta);</li> <li>• Identificar normas de procedimentos e protocolos relacionados com a prevenção de EA e na gestão terapêutica segura (reconciliação terapêutica, validação da prescrição, preparação, administração e monitorização);</li> <li>• Identificar os procedimentos de auditoria em boas práticas de gestão terapêutica;</li> <li>• Identificar os procedimentos existentes de notificação de EA associados à gestão terapêutica.</li> </ul>
	<b>Atividades a desenvolver</b>
	Entrevista informal à enfermeira coordenadora
	<b>Conclusões</b>
	<p>A segurança da pessoa é primordial nos cuidados de enfermagem, especialmente na pessoa com DN, em que a gestão de sintomas é o principal objetivo no tratamento. Desta forma, é imperativo administrar a medicação exatamente na hora em que é prescrita e monitorizar a resposta terapêutica, pois permite avaliar a eficiência da medicação, o surgimento de possíveis reações adversas, necessidade de ajuste da dose, etc. Assim, as especificidades do cuidar da pessoa com DN devem ser tidas em conta na prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, com base nas diversas modalidades terapêuticas para o controlo de sintomas e educação para a saúde, para a pessoa e família, sobre gestão terapêutica no domicílio. É importante educar a família para que estejam preparados e compreendam a importância de cumprir a medicação, conforme prescrito, para evitar o agravamento da doença.</p>



## **APÊNDICE II – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura**



# PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

## 1. INFORMAÇÃO DOS AUTORES

- Marli Lopo Vitorino – [mvitorino@campus.esel.pt](mailto:mvitorino@campus.esel.pt) – estudante do mestrado de enfermagem na área de especialização na Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Maria Cândida Durão – [candida.durao@esel.pt](mailto:candida.durao@esel.pt) – professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## 2. TÍTULO

O título deste protocolo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) remete-se para a “Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com doença neurodegenerativa”, cujo objetivo consiste em identificar as intervenções de enfermagem de administração da medicação na pessoa com DN internada num contexto hospitalar.

## 3. *BACKGROUND*

A melhoria da segurança do utente representa um grande desafio do séc. XXI repercutindo-se na qualidade dos cuidados de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), a segurança do utente consiste na “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (p.14).

O risco de danos relacionado com a segurança é uma problemática notável na prestação de cuidados, tornando-se uma preocupação de saúde pública, inclusive para a Enfermagem, dada a sua responsabilidade na gestão de protocolos complexos que visam a segurança e qualidade dos cuidados (Rigobello et al., 2012; ICN, 2012). Os enfermeiros são os profissionais mais bem posicionados para evitar a ocorrência de EA, participando no planeamento, aplicação e coordenação de protocolos de segurança para o utente (Henneman et al., 2010; ICN, 2012).

O EA abrange todo o incidente que resulta em danos não intencionais, decorrentes da prestação de cuidados e que não estejam diretamente relacionados com a evolução natural da doença (OMS, 2009). Face aos contextos de saúde, os serviços de internamento hospitalar têm maior risco de ocorrência de Eventos Adversos (EA). Cerca de 10% das pessoas hospitalizadas, a nível mundial, são alvo

de EA que provêm da prestação de cuidados (OMS, 2008). Em Portugal, realizou-se um estudo sobre a incidência, impacto e evitabilidade dos EA em três hospitais públicos na região de Lisboa, em 2009, e concluiu-se que a taxa de incidência foi de 11,1%, sendo que 5,7% dos casos resultaram em dano, incapacidade ou disfunção permanente e 10,8% em óbito. Mais de metade foram considerados como evitáveis (Sousa et al., 2011). A inadequada gestão da medicação é um dos principais EA evitáveis, sendo uma preocupação para a Enfermagem, dada a sua responsabilidade na gestão de protocolos terapêuticos que visam o controlo de sintomas inerentes à situação crítica e à doença crónica, como no caso das Doenças Neurodegenerativas (DN) (Henneman et al., 2010; Rigobello et al., 2012).

As DN são um grupo de doenças neurológicas, crónicas caracterizadas pela destruição progressiva e irreversível de neurónios, em áreas específicas do cérebro ou da medula espinhal, causando alterações das funções motoras, cognitivas, comportamentais e sociais (Chekani, Bali & Aparasu, 2015). Existem vários tipos de DN, sendo as mais frequentes as demências e a Doença de Parkinson (DP) (Stanzione e Tropepi, 2011). As demências caracterizam-se pela perda progressiva das funções cognitivas, causando alterações de memória, de comportamento e confusão, com repercussão no desempenho cognitivo, comportamental, social e na autonomia da pessoa (Cahill, O'Shea & Pierce, 2012). Segundo Cahill, O'Shea e Pierce (2012), a doença de Alzheimer é a mais comum, representando 50 a 60% dos casos com demência diagnosticada.

Na DP existe destruição progressiva dos neurónios da substância nigra do mesencéfalo, com diminuição da dopamina. A depleção dopaminérgica origina quatro sintomas clássicos: bradicinesia, tremor em repouso, rigidez muscular e instabilidade postural. Numa fase avançada, também podem surgir sintomas não motores, como alterações do sono, do humor, do comportamento, disfagia, obstipação (Manning, 2018).

A etiologia destas DN ainda não é conhecida e a fisiopatologia é heterogénea, sendo que umas causam alterações cognitivas e outras afetam maioritariamente os movimentos e o equilíbrio (Abeliovich & Gitler, 2016; Canter, Penney & Tsai, 2016). Tanto nas demências como na DP, ainda não existe tratamento profilático ou curativo, sendo a linha de tratamento a gestão de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Lang, 2010).

Os medicamentos para a demência têm apresentado resultados positivos, verificando-se a redução da progressão dos sintomas e preservação de funções



cognitivas, especialmente da memória (Stanzione & Tropepi, 2011). Quanto à DP, os medicamentos com maior impacto na melhoria dos sintomas motores é a levodopa (Stanzione e Tropepi, 2011). Com a progressão da doença, a levodopa vai perdendo a eficácia, implicando a necessidade de ajuste de doses, com intervalos rigorosos, em que o seu cumprimento é imperativo (Stanzione & Tropepi, 2011).

Quando hospitalizadas, estas pessoas podem enfrentar desafios que contribuem para o agravamento dos sintomas relacionados com a doença, devido à descontinuidade ou inadequada gestão da medicação, ocorrência de quedas, alterações do estado mental e ocorrência de infeções (Oguh & Videnovic, 2012). Freeman et al. (2007) referem que o tratamento da DN pode ser comprometido, principalmente, quando há interferência da doença aguda com a biodisponibilidade terapêutica, como a intolerância da administração por via oral ou alterações gastrointestinais (Onofrj & Thomas, 2005; Freeman et al., 2007). O enfermeiro é, assim, responsável por conhecer a pessoa e família, o seu motivo de ida ao hospital, a história clínica da doença e a medicação habitual, a fim de prevenir a agudização da doença e reconhecer o agravamento precoce dos sintomas.

A gestão da medicação é um processo complexo que visa o uso racional e seguro do medicamento, desde a seleção, aquisição e armazenamento até à sua prescrição, validação, preparação, administração e monitorização (DGS, 2015). Os EA podem ocorrer ao longo de todo o processo de gestão terapêutica, embora sejam mais frequentes na prescrição, preparação e administração terapêutica (DGS, 2015). Este facto pode colocar a vida da pessoa em risco e ter repercussões graves para si, para a família, profissionais de saúde, instituições e para a reputação económica e do sistema nacional de saúde (Despacho nº1400-A/2015, 2015).

A administração pressupõe não só a preparação e administração do medicamento, mas também a prevenção de riscos, toxicidade e EA, e a monitorização de reações adversas, interações medicamentosas e respostas terapêuticas (Benner, 2005).

Neste seguimento, o enfermeiro tem uma intervenção importante para a obtenção dos *outcomes* clínicos esperados para a pessoa (Otero et al., 2002; Irvine, Sidani & McGuillis, 1998), através da adoção de práticas terapêuticas seguras e promoção do envolvimento da equipa de cuidados, da pessoa e família, enquanto sujeitos ativos, e dos profissionais de saúde como corresponsáveis e promotores da reconciliação terapêutica (DGS, 2015; Despacho nº 1400-A/2015, 2015). A reconciliação terapêutica é um processo de análise e comparação entre a lista de

medicação a prescrever e a lista de medicação atual, cumprida pelo utente (The Joint Commission, 2006). Essa reconciliação deve ser realizada sempre que a pessoa é admitida numa instituição de saúde, na transição de cuidados e aquando alterações terapêuticas, evitando omissões, sobredosagens e interações medicamentosas (DGS, 2016).

Este protocolo de RIL teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem de administração da medicação na pessoa com DN internada num contexto hospitalar. Sendo a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem de administração da medicação na pessoa com DN internada num contexto hospitalar?”

#### 4. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de seleção foram definidos com base na problemática em estudo e na questão de investigação da RIL. Neste sentido, foram definidos critérios de população, contexto, intervenção, *outcomes* e idioma, que se apresentam na seguinte tabela.

Critérios de seleção	
	Critérios de inclusão
População	Pessoa com DN, com idade superior a 18 anos
Contexto	Contexto hospitalar
Intervenção	Intervenções de enfermagem de administração da medicação
Outcomes	Gestão de sintomas relacionados com as principais DN (Demências e DP)
Idioma	Português, inglês e espanhol

**Tabela 1:** Critérios de seleção

#### 5. METODOLOGIA

A estratégia de pesquisa contém três etapas. A primeira etapa resulta da pesquisa livre preliminar, de onde resultarão as palavras-chave. No seguimento da análise das palavras contidas no título e nos resumos dos artigos, identificam-se as

palavras-chave. Neste caso, são: *neurodegenerative disorders, dementia, Parkinson disease, patient, medication management, symptoms control*.

Na segunda etapa identificam-se os descritores em linguagem natural e em indexados, validados exclusivamente como termos médicos na *Medical Subject Headings (MeSH)* e na *Cinahl Subject Headings* (tabela 2), e de outra base de dados eletrónica online, a *ScienceDirect*, pela plataforma EBSCO. A seleção destas bases de dados sustenta-se no facto de serem apropriadas e relevantes para a investigação, no âmbito da qualidade em saúde (Peters et al., 2017).

### Descritores em linguagem natural

<u>População</u>	<u>Intervenção</u>	<u>Outcomes</u>
(Neurodegenerative Diseases; Parkinson Disease; Dementia) <b>AND</b> Patients	Pharmacological treatment; Pharmacological management; Medication safety; Medication administration	Symptoms management; Symptoms control

### Descritores em linguagem indexada

<i>Medline</i>		
<u>População</u>	<u>Intervenção</u>	<u>Outcomes</u>
(MH "Neurodegenerative Diseases") OR "neurodegenerative disorders" OR (MH "Dementia") OR "dementia" OR (MH "Parkinson Disease") OR "parkinson disease" <b>AND</b> (MH "Patients") OR "patients"	(MH "Medication Reconciliation") OR "medication reconciliation" OR (MH "Drug Administration Schedule") OR "drug administration schedule" OR (MH "Drug Administration Routes") OR "drug administration routes" OR OR (MH "Drug Monitoring") OR "drug monitoring" OR pharmacological treatment OR pharmacological management OR medication safety OR adverse drug event OR medication administration OR Medication Compliance OR Medication Regimen OR medication management OR medication treatment OR Medication Actions OR drug administration	symptoms control OR symptoms management

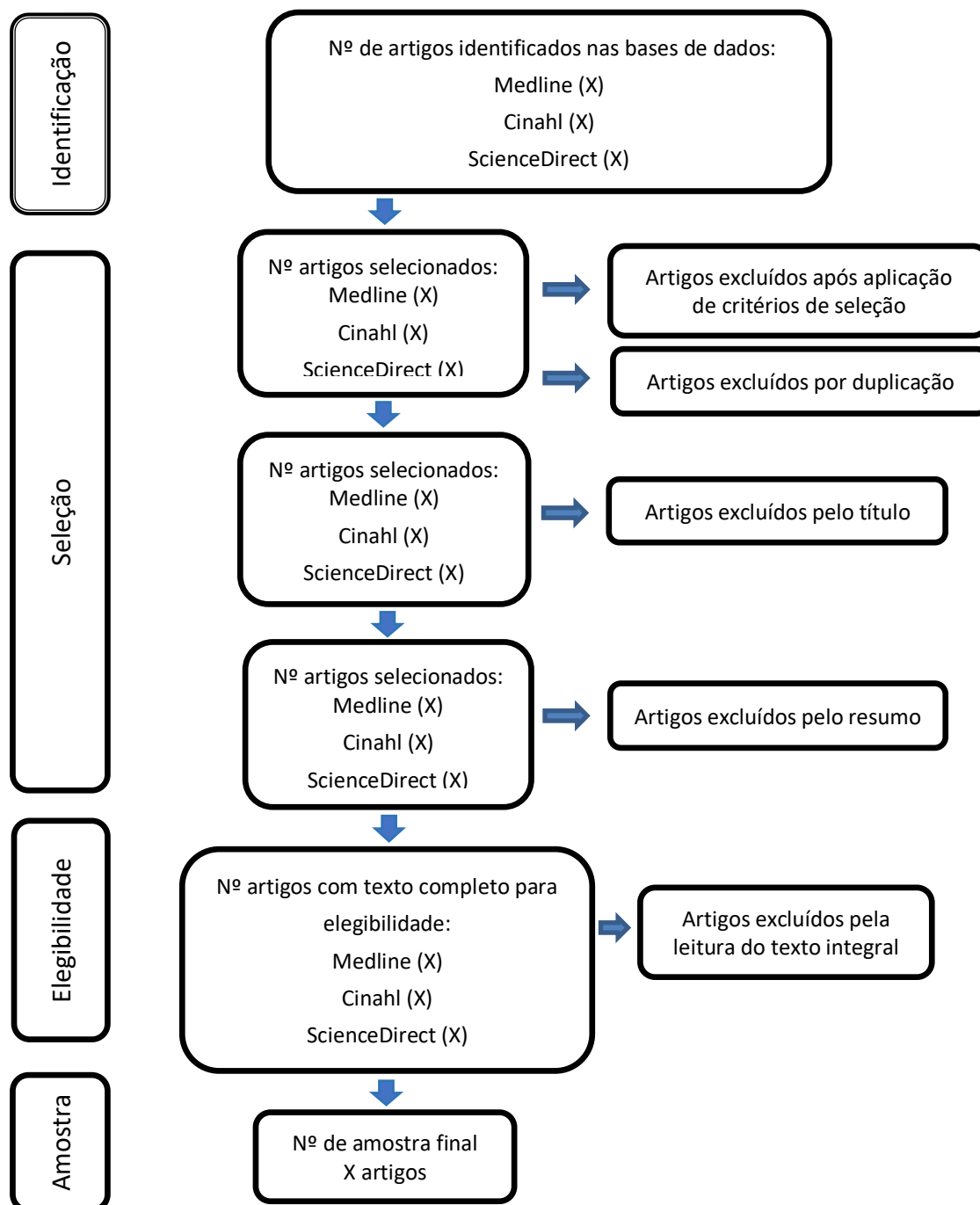
<b><i>Cinahl</i></b>		
<b><u>População</u></b>	<b><u>Intervenção</u></b>	<b><u>Outcomes</u></b>
(MH "Neurodegenerative Diseases") OR "neurodegenerative disorders" OR (MH "Parkinson Disease") OR "Parkinson disease" OR (MH "Dementia") OR "dementia" <b>AND</b> (MH "Patients") OR "patients"	(MH "Medication Reconciliation") OR "medication reconciliation" OR (MH "Medication Regimen (Omaha)") OR "medication regimen" OR (MH "Medication Management") OR "medication management" OR (MH "Medication Actions (Saba CCC)") OR "medication actions" OR (MH "Medication Treatment (Saba CCC)") OR "medication treatment" OR (MH "Medication Compliance") OR "medication compliance" OR (MH "Adverse Drug Event") OR "adverse drug event" OR (MH "Drug Administration") OR "drug administration" OR (MH "Drug Administration Schedule") OR "drug administration schedule" OR (MH "Drug Administration Routes") OR "drug administration routes" OR (MH "Drug Monitoring") OR "drug monitoring" OR medication safety OR medication administration OR pharmacological treatment OR pharmacological management	symptoms management OR symptoms control

**Tabela 2:** Descritores de pesquisa

A pesquisa resulta da interseção dos descritores de pesquisa, utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”. Assim, a estratégia de pesquisa utilizada na *Medline* e *Cinahl* é: ((“neurodegenerative disorders”OR “dementia” OR “Parkinson disease”) AND “patient”) AND “nursing interventions” AND “medication management”. Na *ScienceDirect*, a estratégia de pesquisa elaborada consiste: (("neurodegenerative diseases" or "dementia" or "parkinson disease") and patient) and "medication management" and "symptoms control".

Para seleção dos artigos recorre-se ao fluxograma PRISMA. Da amostra inicial serão excluídos os repetidos e aplicados os critérios de seleção. Destes, os artigos serão selecionados através da análise do título e resumo, resultando na amostra final, após análise do texto integral.

## Fluxograma PRISMA



## 6. EXTRAÇÃO DE DADOS

O processo de extração de dados é apresentado em formato de tabela, onde constam as principais informações e resultados dos artigos que vão de encontro ao objetivo e questão de investigação (Peters et al., 2017). A tabela de extração teve por base informações sobre o título, nome do autor, ano, fonte e tipo de publicação, população, objetivo, contexto e principais resultados no âmbito da gestão da medicação para controlo de sintomas da DN. Posteriormente, proceder-se-á à

avaliação da qualidade dos artigos, segundo os critérios da Joanna Briggs Institute (JBI) (ver apêndice I).

## **CONCLUSÃO**

A análise das intervenções de enfermagem no âmbito da gestão da medicação na pessoa com DN é crucial para garantir a segurança da pessoa cuidada, a efetividade e qualidade dos cuidados e a rentabilização de custos inerentes.

Espera-se que o mapeamento da evidência científica sobre o tema em estudo produza contributos relevantes para a prática clínica relativamente à melhoria do cuidar em enfermagem, traduzindo-se na produção e atualização de conhecimentos trasladados para a prática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeliovich, A.; Gitler, A. (2016). Defects in trafficking bridge Parkinson's disease pathology and genetics. *Nature*. 539, 207-216. doi: 10.1038/nature20414.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto Coimbra. ISBN: 989-5580-52-5.
- Cahill, S.; O'Shea, E.; Pierce, M. (2012). Creating Excellence in Dementia Care: a research review for Ireland's National Dementia strategy. Dublin: An Roinn Sláinte, Department of Health. Disponível em: [http://dementia.ie/images/uploads/site-images/creating\\_excellence\\_in\\_dementia\\_care\\_2012.pdf](http://dementia.ie/images/uploads/site-images/creating_excellence_in_dementia_care_2012.pdf)
- Canter, R.; Penney, J.; Tsai, L. (2016). The road to restoring neural circuits for the treatment of Alzheimer's disease. *Nature*. 539, 187-196. doi:10.1038/nature20412.
- Chekani, F.; Bali, V.; Aparasu, R. (2015). Quality of life of patients with Parkinson's disease and neurodegenerative dementia: A nationally representative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 1-10. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.09.007.
- Despacho n.º1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Retrieved from Diário da República, Série II, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Processo de gestão da medicação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Reconciliação terapêutica*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>
- Freeman, W. et al. (2007). ICU management of patients with Parkinson's Disease or Parkinsonism. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 18, 227-236. doi: 10.1016/j.cacc.2007.09.007.
- Henneman, E. et al. (2010) Strategies used by critical care nurses to identify, interrupt, and correct medical errors. *American Journal of Critical Care*. 19 (6), 500–509. doi: 10.4037/ajcc2010167.

- International Council of Nurses. (2012). *Patient safety*. Geneva: ICN.
- Irvine, D.; Sidani, S.; Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurse`s roles in health care. *Nursing Economics*. 16 (2), 58–87. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bb58/083d4a5dabe1acf7eb0a41f4296f989bcfc0.pdf>
- Lang, A. (2010). Clinical trials of disease-modifying therapies for neurodegenerative diseases: the challenges and the future. *Nat. Med.* 16 (11), 1223–1226. doi: 10.1038/nm.2220.
- Manning, L. (2018). *A Neuropsicologia Clínica: uma abordagem cognitiva*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-9897-59-092-4.
- Oguh, O.; Videnovic, A. (2012). Inpatient Management of Parkinson Disease: Current Challenges and Future Directions. *Neurohospitalist*. 2 (1), 28–35. doi: 10.1177/1941874411427734.
- Onofrj, M.; Thomas, A. (2005). Acute akinesia in Parkinson disease. *Neurology*. 64 (7), 1162-1169. doi: 10.1212/01.WNL.0000157058.17871.7B.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: OMS. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- Otero, J. et al. (2002). Errores de medicación. *Farmacia Hospitalaria*. 27 (3), 713-747. Disponível em: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf>
- Peters M. et al. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/319713049\\_2017\\_Guidance\\_for\\_the\\_Conduct\\_of\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews](https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews)
- Rigobello, M. et al. (2012). The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. 25 (5), 728-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>
- Sousa, P. et al. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:



[https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL\\_Segurança\\_do\\_doente\\_eventos\\_adversos\\_em\\_hospitais](https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL_Segurança_do_doente_eventos_adversos_em_hospitais)

Stanzione, P.; Tropepi, D. (2011). Drugs and clinical trials in neurodegenerative diseases. *Ann Ist Super Sanita*. 47 (1), 49-54. doi: 10.4415/ANN\_11\_01\_11.

The Joint Commission (2006). Medication reconciliation. *Centinel Event Alert*, 35. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_35.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF)



## **Apêndice I – Tabela de extração de resultados**



Tabela de extração de resultados								
Título	Autor	Publicação			População	Objetivo	Contexto	Resultados
		Ano	Fonte	Tipo				



**APÊNDICE III – Planeamento dos objetivos e atividades a  
desenvolver no 3º semestre**





## PLANEAMENTO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital privado de Lisboa		
Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
Desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC e família, no âmbito da gestão da medicação para antecipação de problemas, gestão de sintomas e de situações de evolução rápida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação interpessoal com a equipa multidisciplinar, pessoa e família, assegurando a qualidade e efetividade dos cuidados;</li> <li>• Descrever os cuidados de enfermagem, com base no respeito pelos direitos humanos, responsabilidades profissionais, privacidade e dignidade da PSC e família;</li> <li>• Relacionar o tratamento farmacológico centrado nas características e necessidades da pessoa com a efetividade terapêutica e prevenção de riscos e EA;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem sob protocolos terapêuticos seguros durante a validação da prescrição, preparação, administração da medicação e monitorização terapêutica;</li> <li>• Identificar precocemente sintomas de agravamento da situação aguda ou doença crónica, antecipado a instalação de problemas e situações de evolução rápida, com risco de falência orgânica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração na equipa para compreender a sua dinâmica;</li> <li>• Consulta de revisão bibliográfica e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Observação da ação do enfermeiro orientador e prestação de cuidados à PSC, prevenindo a ocorrência de EA;</li> <li>• Aplicação de estratégias facilitadoras da comunicação e trabalho em equipa;</li> <li>• Realização da validação da prescrição, preparação e administração da terapêutica, segundo as regras de segurança instituídas;</li> <li>• Promoção de informação à pessoa e família, relacionada com a medicação a administrar, bem como a solicitação da sua colaboração no procedimento, sempre que possível;</li> <li>• Monitorização da resposta terapêutica, identificação e notificação de EA e aplicação de medidas subjacentes;</li> <li>• Concretização de atividades que melhorem a segurança da pessoa na gestão da medicação e prevenção de EA, interações medicamentosas e manipulação incorreta de formas terapêuticas (identificação de medicamentos de alto risco; elaboração de tabelas com interações medicamentosas mais frequentes).</li> </ul>

<p>Desenvolver competências de administração da medicação na pessoa com DN, em situação crítica, tendo em conta a reconciliação terapêutica na transição de cuidados, para uma adequada gestão de sintomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar conhecimentos sobre as particularidades no cuidar da pessoa com DN;</li> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação e articulação de cuidados com a equipa, pessoa e família;</li> <li>• Realizar uma colheita de dados completa e minuciosa sobre a pessoa alvo de cuidados para compreendê-la e estabelecer um plano de cuidados que atenda às suas necessidades singulares;</li> <li>• Integrar a pessoa e família na reconciliação terapêutica, prestação de cuidados e discussão do plano terapêutico;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com DN e família, em situação crítica, integrando a reconciliação terapêutica desde a admissão à UCI até à transição de cuidados;</li> <li>• Identificar precocemente sintomas de agravamento associados à doença crónica e agir em conformidade;</li> <li>• Demonstrar competências de formação relacionadas com os cuidados especializados à PSC e família, nomeadamente na prevenção de EA que advêm da gestão da medicação na pessoa com DN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de revisão bibliográfica e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Observação da ação do enfermeiro orientador e promoção da prestação de cuidados à pessoa com DN, em situação crítica, garantindo a adequada gestão de sintomas;</li> <li>• Elaboração do plano de cuidados individualizados à pessoa com DN, incluindo o planeamento, execução e avaliação de <i>outcomes</i> clínicos;</li> <li>• Implementação de estratégias que envolvam a pessoa e família na tomada de decisões inerentes aos cuidados;</li> <li>• Elaboração de um instrumento que promova a reconciliação terapêutica quando a pessoa com DN recorre ao hospital, para evitar o agravamento da doença crónica por descontinuidade da medicação habitual;</li> <li>• Realização de estratégias de sensibilização e formação em contexto de trabalho, no âmbito da segurança da pessoa na gestão da medicação, reconciliação terapêutica, gestão de sintomas na pessoa com DN (conforme as necessidades formativas da equipa);</li> <li>• Reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados, através da atualização de conhecimentos e partilha de experiências.</li> </ul>
--	---	---

### Serviço de Neurologia de um Centro Hospitalar Universitário da grande Lisboa

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
Desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC e família, no âmbito da gestão da medicação para antecipação de problemas, gestão de sintomas e de situações de evolução rápida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação interpessoal com a equipa multidisciplinar, pessoa e família, assegurando a qualidade e efetividade dos cuidados;</li> <li>• Descrever os cuidados de enfermagem, com base no respeito pelos direitos humanos, responsabilidades profissionais, privacidade e dignidade da pessoa e família;</li> <li>• Relacionar o tratamento farmacológico centrado nas características e necessidades da pessoa com a efetividade terapêutica e prevenção de riscos e EA;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem sob protocolos terapêuticos seguros durante a validação da prescrição, preparação e administração da medicação e monitorização terapêutica;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem sob uma gestão adequada de sintomas, promovendo a segurança e conforto da pessoa;</li> <li>• Identificar precocemente sintomas de agravamento da situação aguda ou doença crónica, antecipando a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de revisão bibliográfica e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Aplicação de estratégias da comunicação e trabalho em equipa eficaz;</li> <li>• Realização da validação da prescrição, preparação e administração da terapêutica, segundo as regras de segurança instituídas e adquiridas noutros contextos de práticas;</li> <li>• Promoção de informação à pessoa, relacionada com a medicação a administrar, bem como a solicitação da sua colaboração no procedimento, sempre que possível;</li> <li>• Monitorização da resposta terapêutica, identificação e notificação de EA e aplicação de medidas subjacentes;</li> <li>• Promoção da utilização das bases de dados para a notificação de incidentes ou EA relacionados com a segurança da pessoa;</li> <li>• Concretização das atividades desenvolvidas que melhorem a segurança da pessoa na gestão da medicação e prevenção de EA, interações medicamentosas e manipulação de formas terapêuticas (identificação de grupos de medicamento de alto risco; elaboração de tabelas com interações medicamentosas mais frequentes).</li> </ul>

	instalação de problemas ou situações de evolução rápida, com risco de falência orgânica.	
Desenvolver competências de administração da medicação na pessoa com DN, em situação crítica, tendo em conta a reconciliação terapêutica na transição de cuidados, para uma adequada gestão de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar conhecimentos sobre as particularidades do cuidar da pessoa com DN;</li> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação e articulação de cuidados com a equipa multidisciplinar, pessoa e família, garantindo a segurança e efetividade dos cuidados;</li> <li>• Realizar uma colheita de dados completa e minuciosa sobre a pessoa alvo de cuidados para compreendê-la e estabelecer um plano de cuidados que atenda às suas necessidades singulares;</li> <li>• Integrar a pessoa e família na reconciliação terapêutica, prestação de cuidados e discussão do plano terapêutico;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com DN, em situação crítica e família, integrando a reconciliação terapêutica desde a admissão ao momento de alta para domicílio;</li> <li>• Identificar sintomas de agravamento associados à doença crónica e agir em conformidade;</li> <li>• Demonstrar conhecimentos relacionadas com os cuidados especializados à pessoa com DN e família, no âmbito da gestão da medicação na pessoa com DN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de evidência científica atualizada e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Observação da ação do enfermeiro orientador e promoção da prestação de cuidados à pessoa com DN, em situação crítica, garantindo a adequada gestão de sintomas;</li> <li>• Elaboração do plano de cuidados individualizados à pessoa com DN e família, incluindo o planeamento, execução e avaliação de <i>outcomes</i> clínicos;</li> <li>• Implementação de estratégias que envolvam a pessoa e família na tomada de decisões inerentes ao planeamento dos cuidados e resolução de problemas;</li> <li>• Implementação de um instrumento que vise a reconciliação terapêutica, de forma a evitar o agravamento da DN por descontinuidade da medicação habitual;</li> <li>• Realização de estratégias de sensibilização e formação em contexto de trabalho, no âmbito da segurança da pessoa na gestão da medicação, reconciliação terapêutica, gestão de sintomas na pessoa com DN (conforme as necessidades formativas da equipa);</li> <li>• Partilha de conhecimentos com a equipa, favorecendo a aprendizagem e desenvolvimento de competências;</li> <li>• Reflexão-crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados, através da atualização de conhecimentos e partilha de experiências.</li> </ul>

### Serviço de Urgência de um Hospital da periferia de Lisboa

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
Desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC e família, no âmbito da medicação para antecipação de problemas, gestão de sintomas e de situações de evolução rápida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação interpessoal com a equipa multidisciplinar, pessoa e família, assegurando a qualidade e efetividade dos cuidados;</li> <li>• Descrever os cuidados de enfermagem, com base no respeito pelos direitos humanos, responsabilidades profissionais, privacidade e dignidade da PSC e família;</li> <li>• Relacionar o tratamento farmacológico centrado nas características e necessidades da pessoa com a efetividade terapêutica e prevenção de riscos e EA;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem sob protocolos terapêuticos seguros durante a validação da prescrição, preparação e administração da medicação e monitorização terapêutica;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem sob uma gestão adequada de sintomas, promovendo a segurança e conforto da pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica;</li> <li>• Consulta de revisão bibliográfica e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Observação da ação do enfermeiro orientador e promoção da prestação de cuidados à PSC, prevenindo a ocorrência de EA;</li> <li>• Aplicação de estratégias facilitadoras da comunicação e trabalho em equipa;</li> <li>• Realização da validação da prescrição, preparação e administração da terapêutica, segundo as regras de segurança instituídas;</li> <li>• Promoção de informação à pessoa, relacionada com a medicação a administrar, bem como a solicitação da sua colaboração no procedimento, sempre que possível;</li> <li>• Monitorização da resposta terapêutica, identificação e notificação de EA e aplicação de medidas subjacentes;</li> <li>• Elaboração do planeamento e implementação de um projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados sobre dotações seguras, no âmbito da gestão da medicação;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar precocemente sintomas de agravamento da situação aguda ou doença crônica, antecipado a instalação de problemas e situações de evolução rápida, com risco de falência orgânica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretização de atividades que melhorem a segurança da pessoa na gestão da medicação e prevenção de EA, interações medicamentosas e manipulação de formas terapêuticas (identificação de grupos de medicamento de alto risco; elaboração de tabelas com as interações medicamentosas mais frequentes).</li> </ul>
Desenvolver competências de administração da medicação na pessoa com DN, em situação crítica, tendo em conta a reconciliação terapêutica na transição de cuidados, para uma adequada gestão de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar conhecimentos sobre as particularidades do cuidar da pessoa com DN;</li> <li>• Demonstrar capacidades de comunicação e articulação de cuidados com a equipa multidisciplinar, pessoa e família, garantindo a segurança e efetividade dos cuidados;</li> <li>• Realizar uma colheita de dados completa e minuciosa, logo no momento de triagem, sobre a pessoa e estabelecer um plano de cuidados que atenda às suas necessidades singulares;</li> <li>• Integrar a pessoa e família na reconciliação terapêutica, prestação de cuidados e discussão do plano terapêutico;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com DN e família, em situação crítica, integrando a reconciliação terapêutica desde a admissão ao momento de transição de cuidados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de revisão bibliográfica e leitura das normas de procedimentos e protocolos em vigor;</li> <li>• Observação da ação do enfermeiro orientador e promoção da prestação de cuidados à pessoa com DN, em situação crítica, garantindo a adequada gestão de sintomas;</li> <li>• Elaboração do plano de cuidados individualizados à pessoa com DN e família, incluindo o planeamento, execução e avaliação de <i>outcomes</i> clínicos;</li> <li>• Implementação de estratégias que envolvam a pessoa e família na tomada de decisões inerentes ao planeamento dos cuidados e resolução de problemas;</li> <li>• Elaboração de um instrumento que promova a reconciliação terapêutica quando a pessoa com DN recorre ao hospital, para evitar o agravamento da doença crônica por descontinuidade da medicação habitual;</li> <li>• Realização de estratégias de sensibilização e formação em contexto de trabalho, no âmbito da segurança da pessoa na gestão da medicação, reconciliação terapêutica, gestão de sintomas na pessoa com DN (conforme as necessidades formativas da equipa);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar precocemente sintomas de agravamento associados à doença crónica e agir em conformidade;</li> <li>• Demonstrar competências de formação sobre os cuidados especializados à PSC e família, sobre a prevenção de EA que advêm da gestão da medicação na pessoa com DN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados, através da atualização de conhecimentos e partilha de experiências.</li> </ul>
--	--	---





#### **APÊNDICE IV – Cronograma de atividades do 3º semestre**



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO 3º SEMESTRE

[illegible]



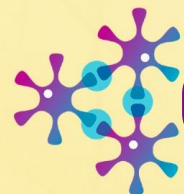
**ANEXOS**



**ANEXO I – Certificado de participação no simpósio científico:  
“Doenças Neurodegenerativas: o que nos traz o futuro?”**







# CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Marli Lopo Vitorino**, participou no Simpósio Científico “**Doenças Neurodegenerativas – O que nos traz o futuro?**”, com a duração **8 horas**, organizado pela Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos, que se realizou no dia 26 de outubro de 2019, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Lisboa, 6 de novembro de 2019

Luís Lourenço

Presidente da Direção da Secção Regional do Sul e  
Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos



Simpósio Científico

**Doenças Neurodegenerativas:**  
**O que nos traz o futuro?**

**Bial**  
Keeping life  
in mind.



**Biogen**

**MERCK**



Secção Regional do Sul  
e Regiões Autónomas





**ANEXO II – Certificado de participação nas V Jornadas de Medicina  
Intensiva**





Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL


# ***CERTIFICADO***

Certificamos que,

**MARLI VITORINO**

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019



---

Prof. Doutor Luís Bento  
*Presidente das Jornadas*



**ANEXO III – Certificados de participação no Simpósio de  
Enfermagem em Neurologia**







## **CERTIFICADO DE PRESENÇA**

Certifica-se que

Marli Lopo Vitorino

participou no **8º Simpósio de Enfermagem**, que decorreu no dia 13 de novembro de 2019, no Centro de Congressos Hotel Vila Galé Coimbra, Coimbra, com a duração de 7,5 horas.

Coimbra, 13 de novembro de 2019

Berta Augusta  
Comissão Organizadora





## Certificado

Certifica-se que o trabalho

**Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com doença neurodegenerativa**

Marli Lopo Vitorino, Maria Cândida Durão

Foi apresentado sob a forma de Poster no decorrer do 8º Simpósio de Enfermagem em Neurologia, que se realizou no dia 13 de novembro de 2019, em Coimbra.

Coimbra, 13 de novembro de 2019.

Enfª Berta Augusto  
Comissão Organizadora



**ANEXO IV – Certificado de formação profissional do “Curso de  
Farmacovigilância para Profissionais de Saúde”**



# Certificado de Formação Profissional

A UNAVE, Associação para a Formação Profissional e Investigação da Universidade de Aveiro, NIPC n.º 501 935 550, com sede no Campus Universitário de Santiago, em Aveiro, certifica que **Marli Lopo Vitorino** natural de Reguendo Grande, nascida a 15-04-1990, titular do nº de identificação 13725719, válido até 18-08-2021, concluiu com aproveitamento, em 15-12-2019, o curso de Formação Profissional, em regime eLearning

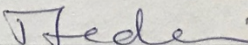
## Curso de Farmacovigilância para Profissionais de Saúde

que decorreu de 15-10-2019 a 15-12-2019 com a duração total de 120 horas, tendo obtido a classificação final de **Muito bom**.

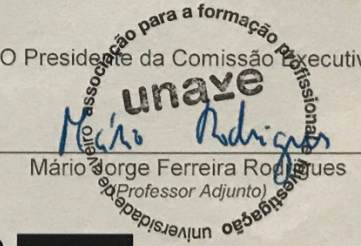
Este curso teve como coordenadora científico-pedagógica a Profª Maria Teresa Ferreira Herdeiro, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro, que foi também formadora juntamente com os formadores convidados o Prof. Alfonso Carvajal e a Doutora Inês Ribeiro Vaz.

Aveiro, 22 de janeiro de 2020

A Coordenadora do Curso

  
Maria Teresa Ferreira Herdeiro  
(Professora Auxiliar)

O Presidente da Comissão Executiva

  
Mário Jorge Ferreira Rodrigues  
(Professor Adjunto)



universidade de aveiro



Universidad de Valladolid



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA

Certificado n.º 798/2019  
mod-07-18\_0

Processado por computador - ©humantrain - 2020-01-22 15:35